MARSHA M. LINEHAN

Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite

MARSHA M. LINEHAN

MANUAL DE TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD LÍMITE



PAIDÓS
Barcelona

A mis profesores, Gerald C. Davison y Willigis Jäger (Ko-un Roshi).
Gracias por enseñarme vuestras «acertadas habilidades».

Agradecimientos

La mayor parte de lo que contiene este manual lo he aprendido de los muchos clientes que han participado en los grupos de entrenamiento de habilidades que he dirigido durante años. Debo dar las gracias a todos aquellos que aguantaron las muchas versiones que no funcionaron o que no fueron útiles y a aquellos gracias a cuya respuesta pude revisar las habilidades que debía enseñar.

Muchas de las mejoras y ajustes en las estrategias usadas para enseñar habilidades, especialmente en grupos, proceden de la sabiduría clínica de mis coterapeutas a lo largo de los años: Douglas Alimón, Beatriz Arambum, Hugh Armstrong, Katherine Draper, Alan Fruzzetti, Mary Ann Goodwyn, Heidi Heard, Gerald Hover, Connie Kehrer, Walter Kuciej, Maxine Lillie, Kay Olheiser, Wendy Pava, Edward Shearin, Darren Tutek, Amy Wagner, Jennifer Waltz y Elizabeth Wasson. Cuando empecé a enseñar a terapeutas cómo debían formar a pacientes con trastorno de personalidad límite, no tenía idea de las estrategias que se necesitaban para llevar a cabo esta tarea. En mis muchos intentos por organizar de una manera coherente y útil las estrategias tomadas del texto que precedió a este manual, mis coterapeutas han sido modelos de paciencia y perseverancia.

Mi equipo investigador y los colegas de estos años —John Chiles, Kelly Egan, Heidi Heard, Andre Ivanoff, Connie Kehrer, Joan Lockard, Steve McCutcheon, Evelyn Mercier, Steve Nelson, Kirk Strosahl y Darren Tutek— han sido de un valor incalculable a la hora de proporcionarme apoyo y muchas de las ideas que han dado lugar al desarrollo de un tratamiento de corte empírico para el trastorno de personalidad límite. De hecho, fueron los datos empíricos que muestran la efectividad de la terapia dialéctica conductual lo que me movió a escribir este manual. El equipo de investigación obtuvo esos datos.

El borrador final del manual fue escrito durante mi año sabático en el Cornell Medical Center/New York Hospital en White Plains, Nueva York. Mientras estuve allí, Charles Swensen, doctor en medicina, y su personal fueron aplicando los módulos de enseñanza de habilidades en la unidad de pacientes internos centrada en las patologías relativas al trastorno de personalidad límite. Así pude revisar mis módulos una vez más, ordenando mejor los materiales y enseñándolos a la población que padecía tal trastorno. Leslie Horton, mi secretaria en el proyecto de investigación, y Chihae Yun merecen mi más sincero agradecimiento por ayudarme a organizar los materiales que más tarde constituyeron este libro.

El desarrollo y redacción de este manual de tratamiento recibió el apoyo de la beca nº MH34486 del National Institute of Mental Health. Morris Parloff, Irene Elkin, Barry Wolfe y Tracie Shea lucharon por este trabajo desde el principio y a ellos se debe buena parte del éxito de la investigación sobre la que se basa este libro.

Por último, aunque ciertamente no en menor medida, quiero dar las gracias a mi editora, Marie Sprayberry, a la editora jefe Rowena Howells y al personal de The Guilford Press. Para publicar este manual en las fechas previstas, todos ellos han tenido ocasión de practicar las habilidades de tolerancia frente al estrés. Su interés por este manuscrito y esta forma de tratamiento fue evidente en cada paso de la redacción del libro.

Prefacio

Este manual es el fruto de más de veinte años de trabajo. La versión que presento ahora es la última de las docenas de versiones que he confeccionado durante estos años (aunque probablemente habrá muchas más en el futuro). Las habilidades que se describen aquí (fichas de explicación y de deberes) han sido probadas con más de cien clientes en diferentes entornos clínicos. Sin embargo, cada nuevo grupo de clientes parece encontrar un área del programa que podría ser mejorada. Por ello, nunca he dejado de revisar el manual. Esto significa que el usuario del mismo tiene toda la libertad para modificarlo, acortarlo, alargarlo y/o reorganizar los módulos descritos aquí.

También pensé en desarrollar una versión más corta del programa (por ejemplo, de diez lecciones) para usar en unidades de atención de casos agudos. La idea era utilizar sólo algunas de las fichas de explicación y de deberes para cada lección. De hecho, algunos de esos centros ya han adaptado el programa según sus necesidades. Yo misma me he sorprendido de las diferentes formas de tratamiento que han aparecido. Algunas unidades ofrecen sólo los módulos de tolerancia al malestar y las habilidades básicas de conciencia, que cubren en ocho o diez sesiones (una por día). Otras han escogido dos o tres fichas de cada módulo de habilidades. E incluso algunas han combinado los módulos de tolerancia al malestar y regulación de las emociones con materiales pertenecientes a otros paquetes de tratamiento. Creo que, por ahora, no existe un programa ideal de sólo diez lecciones. Pero animo a quienes estén interesados a que experimenten con sus propias versiones reducidas.

CAPÍTULO 1

RAZONES PARA UN CURSO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES CON CLIENTES CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE[1]

Los individuos que cumplen los criterios para ser diagnosticados con trastorno de personalidad límite (TPL) llenan las consultas de los profesionales de la salud mental. Aun cuando está establecida la potencial efectividad de la farmacoterapia, se considera que, para los clientes con trastorno de personalidad límite, resulta necesaria alguna forma de tratamiento psicosocial. La enseñanza de habilidades psicosociales que propone este manual se basa en un modelo de tratamiento llamado terapia dialéctica conductual (TDC). La TDC es un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado específicamente para el TPL. De hecho, fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados (Linchan, Armstrong, Suarez, Alimón y Heard, 1991; Linchan y Heard, 1993; Linehan, Heard y Armstrong, en prensa). Hay que destacar que la enseñanza de habilidades psicosociales sólo es una parte del tratamiento; la TDC efectiva combina psicoterapia individual y formación en habilidades.

La TDC, incluyendo la formación de habilidades, se basa en la teoría dialéctica y biosocial del TPL. Este capítulo empieza con una breve revisión de la visión dialéctica del mundo y de los supuestos inherentes a tal visión. Después presenta la teoría biosocial del TPL y su desarrollo, así como las características conductuales y los problemas dialécticos que predice esta teoría.

El uso de este manual requiere que se comprenda la filosofía de tratamiento y los principios básicos de la TDC. La filosofía y la teoría son

importantes porque determinan la actitud del terapeuta frente al tratamiento y sus clientes. Esta actitud, a su vez, es un componente esencial de la relación del terapeuta con sus clientes. La relación terapéutica es importantísima en el tratamiento de sujetos suicidas y con trastorno de personalidad límite. Este manual se complementa con mi más completo texto sobre la TDC, *Cogttilive-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder*. En él se explican ampliamente los principios de que hablamos. (A partir de este momento me referiré a este libro como «el texto», ya que lo mencionaré frecuentemente en el presente manual.) Las bases y referencias científicas de muchas de mis afirmaciones y principios están bien documentadas en los tres primeros capítulos del texto; por lo tanto, no las expondré aquí de nuevo.

Visión del mundo y supuestos básicos

Como su nombre sugiere, la TDC se basa en una visión dialéctica del mundo. La «dialéctica», como terapia conductual, tiene dos significados: define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y una relación persuasivas. La dialéctica, como visión del mundo o posición filosófica, constituye la base de la TDC. Con respecto al diálogo y a la relación, la dialéctica se refiere al enfoque de tratamiento o estrategias usadas por el terapeuta para llevar a cabo el cambio. Para más detalles sobre esas estrategias, véase el capítulo 5 de este manual.

La perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres características principales, que son esenciales para entender el TPL. La primera consiste en la interrelación fundamental que se da en la realidad (la realidad se entiende como una totalidad), idea que también sostienen la mayoría de los enfoques dinámicos. Esto significa que, según el enfoque dialéctico, los análisis de cada una de las partes de un sistema no tienen mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Por lo tanto, la dialéctica dirige nuestra atención a los contextos inmediatos y más amplios de conducta, así como a la interrelacionalidad de las pautas de conducta de un sujeto. Con

respecto a la formación de habilidades, un terapeuta debe tener en cuenta ante todo la interrelacionalidad de los déficits de habilidades. Es extremadamente difícil aprender un nuevo grupo de habilidades si no se aprenden simultáneamente otras habilidades relacionadas, una tarea que en sí misma es incluso más difícil. En este sentido, una visión dialéctica es compatible con las visiones contextúales y feministas de la psicopatología. Aprender habilidades sociales es especialmente difícil cuando el ambiente inmediato de una persona o su cultura no apoyan tal aprendizaje. Por lo tanto, el individuo debe aprender no sólo habilidades de autogestión, sino también a capacitarse para influir en su medio ambiente.

En cuanto a la segunda característica, según la visión dialéctica, la realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Una idea muy dialéctica es que todas las proposiciones contienen en ellas sus propias oposiciones. Como Goldberg (1980, págs. 295-296) decía, «entiendo que la verdad es paradójica, que cada elemento de sabiduría contiene dentro de sí sus propias contradicciones, que las *verdades conviven una al lado de la otra»* (la cursiva es del mismo Goldberg). La dialéctica, en este sentido, es compatible con los modelos de conflicto psicodinámicos de la psicopatología. El pensamiento, la conducta y las emociones dicotómicas y extremas, características del TPL, son, desde nuestro punto de vista, fracasos dialécticos. El individuo está atrapado en polaridades, incapaz de conseguir la síntesis. Con respecto a la enseñanza de habilidades psicosociales, tres de esas polaridades hacen que el progreso sea extremadamente difícil. El terapeuta debe prestar atención a cada una de ellas y ayudar al cliente a que lleve a cabo una síntesis viable.

La primera de esas polaridades es la dialéctica entre la necesidad que tiene el cliente de aceptarse a sí mismo tal como es en ese momento y la necesidad de cambio. Esta dialéctica particular es la principal tensión que se experimenta en cualquier psicoterapia, y el terapeuta debe resolverla con habilidad si quiere obtener algún éxito. La segunda es la tensión que vive el cliente entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo si se hace más

competente. En una ocasión atendí a una cliente que cada semana me repetía que no había hecho los deberes conductuales que le había asignado.

Insistía en que el tratamiento no funcionaba. Cuando después de seis meses le sugerí que quizás aquel no era el tratamiento adecuado para ella, nos confesó que había estado probando en privado las habilidades y que habían sido de ayuda. Sin embargo, no me lo había dicho antes porque temía que si mostraba alguna mejoría yo podía dar por acabada su formación en habilidades. Una tercera y muy importante polaridad tiene que ver con el mantenimiento de la integridad personal por parte del cliente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de las nuevas habilidades que le ayudarán a salir del sufrimiento. La cuestión es que si el cliente mejora aprendiendo nuevas habilidades, estará confirmando el punto de vista que suele tener del problema, consistente en que no podía ayudarse a sí mismo. No ha intentado manipular a la gente, acusación formulada por algunos. El problema no es tampoco que quiera herir a los demás. Pero el aprendizaje de nuevas habilidades por parte del cliente puede también validar las opiniones de los demás: puede demostrar que estaban en lo cierto (y el cliente equivocado); que el problema era el cliente y no su entorno. La dialéctica no sólo concentra la atención del cliente en esas polaridades, sino que le sugiere maneras de escapar de ellas. (Las salidas se discuten en el capítulo 7 del texto.)

La tercera característica de la dialéctica se basa en el supuesto, que se sigue de los anteriores, de que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio o el proceso, más que el contenido o la estructura. La implicación más importante de esto es que tanto el individuo como el ambiente llevan a cabo una transición continua. Por lo tanto, la terapia no se concentra en mantener un ambiente estable y consistente, sino que quiere ayudar al cliente a estar cómodo con el cambio. Dentro de la propia formación de habilidades, los terapeutas deben estar atentos no sólo a cómo cambian los clientes, sino también a cómo lo hacen tanto ellos mismos en tanto que terapeutas como el propio tratamiento que están aplicando.

*Teoría biosocial del trastorno de personalidad límite**

El principio fundamental de la teoría biosocial sostiene que el principal trastorno en el TPL es la desregulación de las emociones. La desregulación de las emociones es el resultado conjunto de cierta disposición biológica, cierto contexto ambiental y determinada transacción entre estos dos factores durante el desarrollo. La teoría afirma que los sujetos con trastorno de personalidad límite tienen dificultades para regular varias, si no todas, sus emociones. Esta desregulación sistémica está producida por la vulnerabilidad emocional y por el uso de estrategias de modulación de las emociones inadecuadas y poco adaptativas.

La vulnerabilidad emocional se define por las siguientes características: 1) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales. 2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y 3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido inducida la excitación emocional. La modulación de la emoción es la habilidad de 1) inhibir la conducta inapropiada relacionada con emociones negativas o positivas, 2) organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (por ejemplo, actuar, cuando sea necesario, de una manera que no dependa del estado de ánimo), 3) calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción y 4) conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte. La desregulación de las emociones en individuos con trastorno de personalidad límite es, por lo tanto, la combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo (demasiado reactivo) con una incapacidad de modular las fuertes emociones resultantes y las acciones asociadas a ellas. En general, la disposición a la desregulación de la emociones tiene una base biológica (aunque no necesariamente hereditaria). Una disfunción en cualquier parte del muy complejo sistema ile desregulación de emociones puede proporcionar la base biológica para una vulnerabilidad emocional inicial y las consecuentes dificultades en la modulación de las emociones. Por lo tanto, la disposición biológica puede ser diferente en distintas personas y no es probable que encontremos una anormalidad biológica que se encuentre en la base de todos los casos del TPL.

El rol del ambiente invalidante en la desregulación de emociones

La circunstancia ambiental fundamental en la producción de la desregulación de las emociones, tal como la hemos descrito hace un momento, es el «ambiente invalidante». Ese ambiente es muy nocivo para el niño con una alta vulnerabilidad emocional. A su vez, el individuo emocionalmente vulnerable y reactivo provoca la invalidación de un medio que de otra manera sería sustentador.

Una característica definitoria del ambiente invalidante es la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (por ejemplo, a las creencias, pensamientos, sentimientos y sensaciones del niño) y, en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo. Los ambientes invalidantes también tienden a responder de una manera extremada (por ejemplo, reaccionar exageradamente o demasiado poco) a la experiencia privada que sí es compartida por el grupo. Los componentes fenomenológicos, fisiológicos y cognitivos de las emociones son experiencias privadas prototípicas que, en esos ambientes, conducen a la invalidación. Para clarificar la contribución de los ambientes invalidantes a las pautas de conducta con trastorno de personalidad límite, contrastemos éstos con los ambientes que conducen a unas habilidades emocionales más adaptativas.

En las familias óptimas se produce frecuentemente la validación pública de la experiencia privada. Por ejemplo, cuando un niño dice que tiene sed, los padres le dan de beber (en vez de decirle: «No, no tienes sed. Acabas de beber»). Cuando un niño llora, los padres le atienden o intentan averiguar qué le pasa (en vez de decir: « ¡Basta de hacer el llorón!»). Cuando un niño expresa ira o frustración, los miembros de su familia lo toman en serio (en vez de considerarlo poco importante). Cuando el niño dice: "Lo he hecho lo mejor que he podido», los padres suelen estar de acuerdo (y no dicen: «No lo has hecho»). Y así con todas sus experiencias privadas. En la familia óptima, las preferencias del niño (por ejemplo, el color de la habitación, sus actividades o su ropa) son tomadas en consideración; se le pide que exprese sus creencias y pensamientos y se responde a ellos con seriedad. Las emociones del niño son vistas como expresiones importantes. En tales familias, la comunicación exitosa de la experiencia privada provoca cambios en la conducta de los otros miembros de la familia que incrementan la probabilidad de que se satisfagan las necesidades

del niño y que disminuyan las consecuencias negativas. Una respuesta parental adecuada y no de rechazo propicia niños más capaces de discriminar entre sus emociones y las de los demás.

En contraste, una familia invalidante es problemática porque las personas que la componen responden a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas disonantes (específicamente no respondiendo o haciéndolo con respuestas extremas). Esto conduce a una intensificación de la ruptura entre la experiencia privada del niño emocionalmente vulnerable y la respuesta de su entorno social. Las discrepancias persistentes entre la experiencia privada de un niño y lo que aquellos que le rodean describen como su experiencia (o cómo responden a ella) proporciona el ambiente de aprendizaje necesario de muchos de los problemas asociados al TPL.

Además de no poder responder óptimamente, el ambiente invalidante promueve el control de la expresividad emocional, especialmente la expresión del afecto negativo. Las experiencias negativas son trivializadas y atribuidas a rasgos negativos como la falta de motivación, falta de disciplina y fracaso a la hora de adoptar una actitud positiva. Las emociones positivas fuertes y asociadas a preferencias pueden ser atribuidas a rasgos como falta de juicio, falta de reflexión o mera impulsividad. Otras características de un ambiente invalidante incluyen restricciones en las demandas que un niño puede hacer al entorno, la discriminación del niño en base al género u otras características arbitrarias y el uso del castigo (desde la crítica al abuso físico y sexual) para controlar la conducta.

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación de las emociones porque fracasa a la hora de enseñar al niño a poner nombre y a modular la activación, a tolerar el malestar, a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. También le enseña activamente a invalidar sus propias experiencias haciéndole necesario escrutar el ambiente para obtener claves acerca de cómo actuar y sentirse. Sobresimplificando la facilidad para solventar los problemas de la vida, fracasa a la hora de enseñarle a ponerse objetivos realistas. Más aún, castigando la expresión de emociones negativas y reforzando erráticamente la comunicación

emocional sólo después de la intensificación de la violencia por parte del niño, la familia dibuja un estilo de expresión emocional que va de la inhibición extrema a la extrema desinhibición. En otras palabras, la respuesta usual de la familia a las emociones impide el aprendizaje de la función comunicativa de las emociones ordinarias.

La invalidación emocional, especialmente de las emociones negativas, es un estilo de interacción característico de las sociedades que premian el individualismo, incluido el autocontrol individual y el logro individual. Por lo tanto, es bastante característico de la cultura occidental en general. Una cierta cantidad de invalidación emocional es, por supuesto, necesaria a la hora de educar y enseñar autocontrol. No todas las comunicaciones de emociones, preferencias o creencias son positivas. El niño que es altamente emocional y que tiene dificultades para controlar su conducta emocional extraerá del medio (especialmente de los padres, pero también de amigos y profesores) los esfuerzos para controlar la emocionalidad desde el exterior. La invalidación puede ser bastante efectiva para inhibir temporalmente la expresión emocional. Los ambientes invalidantes, sin embargo, producen diferentes efectos en los distintos niños. Las estrategias de control emocional que usan las familias invalidantes pueden tener poco impacto negativo, e incluso ser positivas en algunos niños que están fisiológicamente bien preparados para regular sus emociones. Sin embargo, se hipotetiza que tales estrategias tienen un efecto devastador en los niños emocionalmente vulnerables. Se piensa que esa interacción entre biología y medio ambiente es lo que produce el TPL.

Esta visión transaccional del desarrollo del sujeto con trastorno de personalidad límite no debe quitarle importancia a los ambientes abusivos en la etiología del TPL. Una de las experiencias invalidantes más traumáticas en la infancia es el abuso sexual. Los investigadores han estimado que hasta un 75% de los individuos con TPL ha experimentado algún tipo de abuso sexual en la infancia. Las historias que ejemplifican tales abusos parecen distinguir a los individuos con trastorno de personalidad límite de los otros grupos diagnósticos de pacientes externos. Parece evidente que el abuso sexual infantil es un factor importante en el desarrollo del TPL. No está claro, sin embargo, si el abuso facilita el desarrollo de las pautas con trastorno de personalidad límite o si el

abuso y el desarrollo del trastorno son ambos producto de la disfunción e invalidación familiar por igual. En otras palabras, la historia de abusos y los problemas de regulación de las emociones que aparecen en los sujetos con trastorno de personalidad límite puede surgir del mismo conjunto de circunstancias. De todas formas, la alta incidencia de abuso sexual en individuos con TPL apunta a la posibilidad de que sea un precursor distintivo del trastorno.

La patogénesis de la desregulación de las emociones

Maccoby (1980) ha afirmado que la inhibición de la acción es la base para la organización de toda la conducta. El desarrollo de los repertorios autorregulatorios, especialmente la habilidad para inhibir y controlar el afecto, es uno de los aspectos más importantes del desarrollo del niño. La habilidad para regular la experiencia y expresión de las emociones es crucial porque su ausencia conduce al trastorno de la conducta, especialmente de la conducta dirigida a un objetivo y otras conductas prosociales. Por otro lado, las emociones intensas reorganizan y redirigen la conducta, preparando al individuo para llevar a cabo acciones que compiten con el repertorio de conducta no emocional o menos emocional.

Las características conductuales de los individuos con trastorno de personalidad límite pueden ser conceptualizadas como los efectos de la desregulación de las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones. La conducta impulsiva y especialmente la parasuicida puede ser entendida como poco adaptativa pero muy eficiente como estrategia de regulación de las emociones. Por ejemplo, las sobredosis suelen llevar a largos periodos de sueño, lo cual a su vez reduce la susceptibilidad de la desregulación de las emociones. Aunque no está claro cuál es el mecanismo por el cual la automutilación ejerce propiedades reguladoras del afecto, es muy común que los individuos con trastorno de personalidad límite hablen de un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados emocionales negativos tras estos actos. La conducta suicida también es muy efectiva a la hora de extraer dolor emocional del medio,

lo cual a su vez puede evitar o cambiar situaciones que producen dolor emocional· Por ejemplo, generalmente la conducta suicida es la mejor manera que tiene un sujeto no psicòtico de ser admitido como interno en una unidad psiquiátrica· Finalmente, un acto parasuicida (y sus efectos posteriores, si se hace público) puede reducir las emociones dolorosas con la distracción absorbente que proporciona·

La incapacidad para regular la activación emocional también interfiere en el desarrollo y mantenimiento del sentido del yo· Generalmente, el propio sentido del yo se forma mediante las observaciones de las reacciones de uno mismo y de los demás ante las propias acciones· Los prerrequisitos del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad, a lo largo del tiempo y en situaciones similares· La labilidad emocional conduce a una impredectibilidad conductual y a una inconsistencia cognitiva que consecuentemente interfiere en el desarrollo de la identidad· La tendencia de los individuos con trastorno de personalidad límite a inhibir o intentar inhibir respuestas emocionales también puede contribuir a una ausencia de un fuerte sentido de identidad· El entumecimiento asociado a la inhibición del afecto se experimenta frecuentemente como vacuidad y contribuye a la inadecuación y a la ausencia, a veces completa, del sentido del yo· De forma similar, si la sensación de los hechos que experimenta un individuo nunca es la «correcta» o es impredeciblemente «correcta» —la situación habitual en un medio invalidante — entonces podemos esperar que el individuo desarrolle una superdependencia de los demás·

Unas relaciones interpersonales efectivas dependen del establecimiento de un sentido estable del yo y de una capacidad para la espontaneidad en la expresión emocional· Las relaciones, para ser exitosas, también requieren de la apropiada capacidad de autorregulación de las emociones y de la tolerancia de algunos estímulos emocionalmente dolorosos· Las dificultades para regular las emociones interfieren en un sentido estable del yo y en la expresión emocional normal· Sin tales capacidades, se entiende que los individuos con trastorno de personalidad límite desarrollen relaciones caóticas· Esas dificultades a la hora de controlar las conductas impulsivas y la expresión de emociones negativas extremas causan estragos en su vida social; en particular, las

dificultades con la ira y la expresión de la ira les impiden el mantenimiento de relaciones estables.

El programa de tratamiento

La TDC aplica un amplio abanico de estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales para el tratamiento de los problemas del TPL, incluido el tratamiento de las conductas suicidas. De la misma forma que los programas cognitivos terapéuticos estándares, la TDC da mucha importancia a la evaluación continua y a la recolección de datos sobre las conductas actuales, definición clara y precisa de los objetivos de tratamiento y una relación de colaboración entre terapeuta y cliente, que incluye la orientación del cliente acerca del programa de tratamiento y el establecimiento de un mutuo compromiso ante los objetivos del mismo. Muchos componentes del TDC —solución de problemas, exposición, formación en habilidades, gestión de la contingencia y modificación cognitiva— ya han sido piezas importantes en las terapias cognitivas y conductuales desde hace muchos años.

En cuanto al estilo, la TDC combina una actitud realista, un tanto irreverente y a veces extravagante frente a las conductas parasuicidas previas (entre otras conductas disfuncionales) con una destacada calidez, flexibilidad, atención al cliente y autorrevelación estratégica del terapeuta. Los continuos esfuerzos de la TDC por «reencuadrar» las conductas suicidas (entre otras) como parte del repertorio de conductas de resolución de problemas aprendido por el cliente y por centrar la terapia en la solución activa de problemas, están equilibrados por el que se le da a la validación de las respuestas actuales del cliente tal como se muestran a nivel emocional, cognitivo y conductual. Para llevar a cabo una metodología centrada en la resolución de problemas el terapeuta tiene que manejar todas las conductas problemáticas del cliente de una manera sistemática (fuera y dentro de la sesión), conducir un análisis conductual colaborativo, formular hipótesis acerca de las posibles variables

que influyen en el problema, que el terapeuta preste mucha atención a la influencia recíproca entre él y su cliente.

Aunque las contingencias naturales también son medios para influir en la conducta del cliente, el terapeuta puede usar refuerzos arbitrarios así como contingencias aversivas cuando la conducta en cuestión sea letal o la conducta requerida por el cliente no se halle bajo condiciones terapéuticas normales. La tendencia de los individuos con trastorno de personalidad límite a evitar activamente situaciones amenazantes es uno de los puntos siempre importantes en la TDC. En ese sentido, se disponen (y se anima a que el sujeto lo haga por su cuenta) exposiciones al estímulo que produce miedo tanto dentro de la sesión como fuera. El énfasis en la modificación cognitiva es menos sistemático que en la terapia cognitiva pura, pero no obstante es visto como un componente importante en el análisis conductual y en la promoción del cambio.

La validación de los pensamientos, sentimientos y acciones del cliente requiere que el terapeuta de la TDC busque la parte de sabiduría o de verdad inherente en cada respuesta del cliente. En la base del tratamiento está la creencia del terapeuta de que el cliente desea crecer y progresar y de que tiene una capacidad inherente de cambio. La validación también implica tener un conocimiento empático de la sensación de desesperación por parte del cliente. En todo momento, el tratamiento promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta. Una característica fundamental de la relación terapéutica es que el terapeuta es consultor del cliente, no consultor de terceras personas. El terapeuta está pues de la parte del cliente.

Modificaciones de las terapias cognitivas y conductuales de los individuos con trastorno de personalidad límite

Las terapias cognitivas y conductuales estándares fueron originalmente desarrolladas para individuos sin serios trastornos de personalidad.

A lo largo de los años, sin embargo, han sido aplicadas también a clientes con trastornos, incluidos los diagnosticados de TPL. Las aplicaciones de la terapia cognitiva-conductual a individuos con TPL ha requerido cambios en las bases teóricas. En la TDC se hace hincapié en cuatro áreas que, aunque no son nuevas, no han recibido mucha atención en el campo cognitivo-conductual tradicional: 1) la aceptación y validación de la conducta tal como se presenta en el momento; 2) el tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del cliente como del terapeuta; 3) la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento; y 4) los procesos dialécticos. Primero, la TDC pone el acento en la aceptación de la conducta y realidad actual más de lo que lo hacen las terapias cognitivas y conductuales. En gran medida, las terapias cognitivo-conductuales estándares pueden entenderse como una tecnología del cambio. Muchas de sus técnicas derivan del campo del aprendizaje, que es el estudio del cambio conductual a través de la experiencia. En contraste, la TDC enfatiza la importancia de encontrar un equilibrio entre la tecnología del cambio y la tecnología de la aceptación. Aunque la aceptación de los clientes tal como son es crucial para cualquier buena terapia, la TDC va un poco más lejos que la terapia cognitivo-conductual estándar a la hora de enseñar a los clientes a que se acepten a sí mismos y a su mundo tal como son en el momento.

Esta aceptación es un principio bastante radical: no se trata de una mera estrategia para conseguir el cambio. La importancia que da la TDC a la aceptación del cliente es fruto de la integración de prácticas espirituales y psicológicas orientales (especialmente del zen) en los enfoques de tratamiento occidentales.

La atención que dedica la TDC a las conductas que interfieren en la terapia es más similar a la idea psicodinàmica de la «transferencia» y «contratransferencia» que a nada procedente de las terapias cognitivo-conductuales estándares. Generalmente, los terapeutas conductuales han prestado poca atención empírica al tratamiento de las conductas del cliente que interfieren en el tratamiento. (Aunque también es cierto que podemos encontrar excepciones en la literatura, especialmente cuando se habla de conductas de resistencia y de lo que se ha denominado shaping [modelado] (por

ejemplo, en el tratamiento de niños, internos psiquiátricos crónicos y retrasados mentales.)

Eso no quiere decir que el problema haya sido ignorado por completo. Patterson y sus colegas han desarrollado incluso una medida de resistencia al tratamiento para usarlo con familias bajo tratamiento conductual (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanag y Forgatch, 1984; Patterson y Forgatch, 1985). De todas formas, aunque la situación está empezando a cambiar, hasta el momento no se ha prestado ninguna atención a la comprensión de las conductas del terapeuta que interfieren en los tratamientos cognitivo-conductuales.

La importancia que yo le doy a la relación terapéutica en la TDC procede principalmente de mi trabajo con individuos suicidas. A veces, esa relación es lo único que mantiene a la persona con vida. La formación de habilidades psicosociales, la relación entre el cliente y el terapeuta (y, en terapia grupal, la relación entre los clientes) es una fuerza poderosa a la hora de mantener al paciente en la terapia. Los pacientes con trastorno de personalidad límite suelen dejar las terapias antes de tiempo; por lo tanto, debemos prestar atención a los factores que incrementan su compromiso con la terapia y con la vida misma. Finalmente, la atención a los procesos dialécticos es lo que separa más a la terapia cognitiva-conductual de la TDC, pero no tanto como podría parecer a simple vista. Por ejemplo, las teorías contextuales están muy cercanas al pensamiento dialéctico. El énfasis que pone la teoría cognitiva en las interrelaciones de diferentes tipos de conducta en la persona (por ejemplo, la influencia de conductas cognitivas en la conducta emocional) es también compatible con una perspectiva dialéctica.

Si estas diferencias entre la TDC y las terapias cognitivas y conductuales son muy importantes es, por supuesto, una cuestión empírica. Ciertamente, una vez cubiertas estas cuestiones, los componentes cognitivo-conductuales estándares pueden ser los principales responsables de la efectividad de la TDC. También es posible que, a medida que las terapias cognitivo-conductuales amplían su alcance, encontremos que las diferencias entre ellas y la TDC no son tan importantes como yo sugiero.

Relación entre psicoterapia individual y enseñanza de habilidades

La TDC fue desarrollada a partir de un modelo de TPL entendido como una combinación de problemas de motivación y déficit de habilidades. Primero, según el argumento expuesto antes, los individuos con trastorno de personalidad límite carecen de importantes habilidades de autorregulación, de relación interpersonal y de tolerancia al malestar. En particular, son incapaces de inhibir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo o de iniciar conductas independientes del estado de ánimo actual necesarias para plantearse objetivos a largo plazo. Segundo, las emociones intensas y las creencias y supuestos disfuncionales asociados aprendidos en el entorno invalidante original (junto con el encuentro de entornos constantemente invalidantes) forman un contexto motivacional que inhibe el uso de las habilidades conductuales que la persona tiene y frecuentemente refuerza con-ductas con trastorno de personalidad límite inapropiadas. Sin embargo, a medida que mis colegas y yo desarrollábamos este enfoque de tratamiento se nos hizo rápidamente evidente que 1) la enseñanza de habilidades psicosociales, tal como la creemos necesaria, es extraordinariamente difícil si no imposible, dentro de un contexto de terapia orientado a reducir la motivación a morir y/o actuar con trastorno de personalidad límite; y 2) no se puede prestar suficiente atención a los temas motivacionales en un tratamiento con el riguroso control de la agenda terapéutica necesaria para la formación de habilidades. A partir de ello nació la idea de dividir la terapia en dos componentes: uno que se centrase fundamentalmente en la formación de habilidades psicosociales y otro que se centrase en factores motivacionales, incluida la motivación de seguir con vida, de sustituir las conductas con trastorno de personalidad límite por conductas competentes y de construir una vida que valga la pena vivir.

Relación entre pautas de conducta límite y la formación de habilidades

Los criterios para el TPL tal como se define en la actualidad (véase el capítulo 1 del texto para una exposición detallada) reflejan una pauta de inestabilidad y desregulación conductual, emocional y cognitiva. Esas dificultades pueden ser resumidas en cinco categorías; en la TDC se proponen cuatro módulos de habilidades específicas en función de esas cinco categorías. Primero, como ya hemos comentado antes, los sujetos con trastorno de personalidad límite suelen experimentar desregulación y labilidad de emociones. Las respuestas emocionales son reactivas y los individuos generalmente tienen problemas con la ira y la expresión de la misma, así como episodios de depresión, ansiedad e irritabilidad. Uno de los módulos del programa de formación de habilidades sociales de la TDC se dirige a enseñar habilidades de regulación de las emociones.

Segundo, los sujetos con trastorno de personalidad límite suelen experimentar una desregulación interpersonal. Sus relaciones son normalmente caóticas, intensas y llenas de dificultades. A pesar de ello, los sujetos con trastorno de personalidad límite encuentran muy difícil abandonar las relaciones; en vez de ello, ponen en marcha esfuerzos intensos y desesperados para evitar que los abandonen. Por otro lado, los individuos con trastorno de personalidad límite parecen llevarlo bien en relaciones estables y positivas y mal en las que no son estables. Por ello, otro módulo de la TDC tiene como objetivo enseñar habilidades interpersonales efectivas.

Tercero, los sujetos con trastorno de personalidad límite tienen pautas de desregulación conductual, como evidencian sus conductas impulsivas extremas y problemáticas, así como los intentos de herirse, mutilarse o matarse. Las conductas suicidas o impulsivas son vistas desde la TDC como intentos desadaptativos de resolución de problema, resultantes de la incapacidad personal para tolerar el malestar emocional el suficiente tiempo como para conseguir soluciones potencialmente más efectivas. De ahí que exista un módulo ile formación de habilidades dirigido a enseñar habilidades de tolerancia al malestar.

Cuarto, es común una desregulación del sentido del yo. No es inusual que un individuo con trastorno de personalidad límite informe de que no tiene el más mínimo sentido del yo, de que se siente vacío y de que no sabe

quién es. Y quinto, también presentan una breve alteración cognitiva, no psicòtica (incluida la despersonalización, la disociación y las ideas delirantes), que aparece en situaciones estresantes y que normalmente desaparecen cuando se alivia la tensión. Para tratar ambos tipos de desregulación, existe un módulo de formación de habilidades que les enseña un conjunto de habilidades de «conciencia» (mindfuiness), esto es, habilidades relacionadas con la capacidad para experimentar y observarse conscientemente a uno mismo y al entorno.

Los contenidos del manual

En los próximos cuatro capítulos hablaremos de los aspectos prácticos de nuestro programa de formación de habilidades, el formato de la sesión y la formación de las habilidades iniciales, las aplicaciones de las estrategias estructurales de la TDC, los procedimientos de formación de habilidades formales y la aplicación de otras estrategias y procedimientos de la TDC en la formación de habilidades. Juntos, esos capítulos nos ayudarán a decidir cómo llevar a cabo la formación de habilidades en un caso o conjunto de casos en particular. Los siguientes cinco capítulos ofrecen guías específicas sobre cómo enseñar las habilidades conductuales que forman la TDC. Debería resaltarse que aunque en mi consulta llevamos a cabo la formación de habilidades en personas individuales, en nuestra investigación estudiamos sólo formación en grupo. Muchas de las especificaciones de este manual asumen que la formación de habilidades se lleva a cabo de forma grupal, principalmente porque es más fácil adaptar las técnicas de habilidades grupales al trabajo individual que viceversa. (En el próximo capítulo, desarrollaremos el tema de la formación grupal frente a la formación individual.)

Notas

1. *Los psicoterapeutas usan tanto la palabra «paciente» como «cliente» para referirse al sujeto que recibe psicoterapia. En este manual, yo uso sistemáticamente el término «cliente»; en el texto sobre la materia que escribí antes, uso el término «paciente». Se pueden defender ambas denominaciones. El uso de la palabra «cliente» está justificado a partir de la definición del término*

que ofrece el *Original Oxford English Dictionary on Compact Disc* de 1987: «Una persona que emplea los servicios de un profesional u hombre de negocios para que desarrolle para ello su capacidad profesional». Aquí se pone el énfasis en la naturaleza profesional de la relación y de los servicios ofrecidos. Otro uso del término, menos común, es «El que está bajo la protección o patrocinio de otro, un subordinado», o «El que sigue o se adhiere a un maestro». Esta interpretación es menos aplicable, ya que no expresa el estatus de independencia acordado con el cliente en el programa de formación de habilidades de la TDC.

Las ideas de esta parte del manual no sólo surgen del texto sino también del artículo de Linehan y Koerner de 1992, una exposición condensada de la teoría biosocial del TPL.

CAPITULO 2

CUESTIONES PRÁCTICAS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE HABILIDADES PSICOSOCIALES

La enseñanza de habilidades psicosociales se hace necesaria cuando las soluciones a los problemas de un individuo y la consecución de sus objetivos requieren de habilidades conductuales que no se hallan en su repertorio conductual actual. Esto es, bajo circunstancias ideales (en las que la conducta no se ve entorpecida por miedos, situaciones conflictivas, creencias poco realistas, etc.), el individuo no puede generar o producir las conductas requeridas. En la TDC el término «habilidad» es sinónimo de «capacidad» e incluye en su sentido amplio habilidades cognitivas, emocionales y manifiestamente conductuales (o acciones) y la integración de éstas, lo cual es necesario para un desempeño efectivo. La efectividad es evaluada sobre la base de los efectos directos e indirectos de la conducta. El desempeño efectivo puede definirse como el producido por aquellas conductas que conducen a unos resultados óptimos con un mínimo de resultados negativos. Por lo tanto, el término «habilidades» se usa en el sentido de saber «usar los medios adecuados», así como de responder a las situaciones adaptativamente o con efectividad.

Para producir conductas competentes es esencial poder integrar las habilidades. Muy a menudo (de hecho, normalmente), un individuo tiene todos los componentes básicos de las habilidades, pero no puede integrarlos coherentemente cuando lo necesita. Por ejemplo, una respuesta interpersonal competente requiere que además de ordenar las palabras que ya conocemos en forma de frases, añadamos el tono de voz, el lenguaje corporal, el contacto visual apropiado y demás. Esos componentes raramente son desconocidos para el sujeto. El problema es su correcta combinación. En la terminología de la TDC, casi cualquier conducta deseable puede ser entendida como una habilidad. Por lo tanto, saber usar las habilidades es responder con efectividad a los problemas y

evitar las respuestas desadaptativas. El objetivo central de la TDC es reemplazar la conducta ineficaz, desadaptativa y poco diestra por todo lo contrario. El objetivo del programa de formación de habilidades de la TDC es ayudar al individuo a adquirir las habilidades necesarias.

Formación individual frente a formación grupal

Un programa de habilidades sociales efectivo requiere que tanto cliente como terapeuta se ciñan a una disciplina. En la formación de habilidades (normalmente grupal), la agenda depende de las habilidades que el cliente necesita aprender. En la psicoterapia tradicional y también en la TDC individual, por el contrario, la agenda depende de los problemas actuales que presenta el cliente. Cuando los problemas actuales están presionando, el terapeuta tiene que desempeñar un papel muy activo, que controle el rumbo de la sesión. La mayoría de los terapeutas no están entrenados para desempeñar ese rol directivo; y por ello, a pesar de sus buenas intenciones, sus esfuerzos se quedan en nada ante la escalada de los problemas del cliente.

Incluso los terapeutas con buena formación en estrategias directivas tienen grandes dificultades para mantener su agenda cuando tratan a clientes con trastorno de personalidad límite. Las inevitables crisis y la poca tolerancia al dolor emocional de tales personas constituyen un problema importante y constante. Durante las sesiones, a los clientes (y consecuentemente, a los terapeutas) les cuesta mucho atender a cualquier cosa que no sea la crisis actual. Algunas personas no parecen poder concentrarse en las tareas en las que están trabajando, ni siquiera acudiendo a diario; parece que están en un sempiterno estado de crisis. El momento crítico llega cuando el

cliente amenaza con suicidarse. Entonces, es especialmente difícil concentrarse en las habilidades. En estos casos es necesario tomarse en serio la amenaza y, para ello, tendremos que posponer la agenda del día para intentar resolver la crisis actual.

Otros clientes pueden ser menos exigentes con el tiempo y la energía del terapeuta, pero su pasividad, su desesperanza y/o su falta de interés pueden ser un impedimento formidable en su formación de habilidades. En tales casos, es fácil que el terapeuta se agote o renuncie a su esfuerzo, especialmente si no cree con firmeza en la formación de habilidades. Pensemos que la formación de habilidades puede ser algo bastante aburrido para el terapeuta, sobre todo para los que dirigen tales programas con asiduidad. Es como llevar a cabo la misma operación una y otra vez. El estado de ánimo cambiante de los clientes (puede variar de semana a semana y dentro de la misma sesión terapéutica), una característica de los sujetos con trastorno de personalidad límite, junto con el interés variable del terapeuta, puede causar estragos en el mejor de los programas de habilidades.

Si el terapeuta no está muy atento a la marcha de la formación puede alejarse de los objetivos terapéuticos, lo cual es particularmente probable en las terapias individuales (en las de grupo, no tanto). Veamos por qué: en primer lugar, en la terapia individual no suele haber nada al margen de los dos participantes que mantenga la terapia en su línea. Si tanto el cliente como el terapeuta quieren desviar su atención hacia otro asunto, pueden hacerlo fácilmente. En contraste, en la terapia grupal los otros clientes —o al menos el sentido del deber hacia los otros clientes— mantienen al terapeuta en el camino correcto, incluso cuando alguien insiste en que se necesita hablar de un problema urgente. En segundo lugar, cuando un cliente, dentro de un grupo de formación de habilidades, no está de humor para la formación, contamos con el interés de los demás. El refuerzo que esos otros clientes pueden dar al terapeuta para continuar con la formación de habilidades puede ser más potente que el desánimo que le transmite el cliente que no está de humor para el trabajo.

El quid de la cuestión es el siguiente: la formación de habilidades de un individuo con trastorno de personalidad límite no está, muchas veces,

reforzado por él mismo o por su terapeuta. Además, raramente se experimenta una sensación de alivio inmediato. Por otro lado, la formación de habilidades es tan interesante como la charla íntima y sincera de la terapia tradicional, un tema que traté en el capítulo 12 del texto. La formación de habilidades requiere mucho más trabajo activo tanto para el cliente como para el terapeuta. Por lo tanto, para que el programa de formación de habilidades funcione, se deben tomar precauciones especiales a la hora de organizar los contenidos para que ambos, terapeuta y cliente, lo encuentren suficientemente reforzante como para no dejarlo.

El desarrollo de la TDC estuvo, en gran medida, influido por la tarea dual de encontrar un tratamiento que fuese efectivo para ayudar a los individuos con trastorno de personalidad límite y que los terapeutas pudiesen aplicar diariamente. Como ya he mencionado en el capítulo 1 de este manual, las dificultades de dirigir un curso de habilidades dentro del contexto de una psicoterapia individual me condujo a dividir el tratamiento en dos componentes: por un lado, la adquisición de habilidades, por otro, hacer que el individuo use las habilidades en lugar de sus conductas desadaptativas (lo cual se lleva a cabo en la terapia individual). Dicho de otra manera, la formación de habilidades intenta que la persona adquiera las habilidades y la psicoterapia individual, sacarlas a la luz.

Por razones que ya hemos expuesto, la manera estándar de conducir el programa de formación de habilidades en la TDC es la terapia grupal. Determinadas circunstancias, sin embargo, pueden hacer preferible o necesario llevar a cabo la formación de habilidades de forma individual. En una consulta privada o en un centro médico pequeño es posible que sólo tengamos un cliente que necesite este tipo de tratamiento o también puede darse el caso de que el terapeuta no pueda organizar un grupo por razones logísticas. Por otro lado, a algunos clientes no les va la formación grupal. Aunque, por mi experiencia, son casos muy raros, existen sujetos que muestran una actitud muy hostil hacia los otros miembros del grupo. En esos casos, es mejor no integrarlos hasta que se haya resuelto ese problema. Otros clientes pueden haber participado ya en uno o más años de terapia grupal, pero aun así necesitan más atención en una habilidad

o grupo de habilidades. Finalmente, es posible que un cliente no pueda asumir las sesiones de grupo que se le ofrecen por razones particulares.

Formación de habilidades individual

Hay que decir de nuevo que la formación de habilidades individual con un cliente con trastorno de personalidad límite requiere una enorme autodisciplina y perseverancia por parte del terapeuta. Del lado del cliente, los principales impedimentos son los intentos que hará por desviar los objetivos de la sesión a temas más actuales para él o su rechazo o incapacidad para participar en la formación de habilidades que el terapeuta le intenta impartir. Del lado del terapeuta, los principales impedimentos son que le desagrade hacer intervenciones directivas, su aburrimiento o desinterés o la incapacidad de proporcionar al cliente la guía que éste le está pidiendo. En esos casos, el tratamiento se puede convertir en una lucha de poder entre cliente y terapeuta. Si el terapeuta (del cliente que interrumpe el programa) consigue mantener su concentración en las necesidades a largo plazo del cliente (por encima de las de corto plazo), yo creo que la formación de habilidades puede funcionar. Tal concentración, sin embargo, es muy difícil de mantener frente a lo que son auténticas crisis vitales. Respecto a los impedimentos que surgen por parte del terapeuta, la intención de este manual es generar algún interés (e incluso algún entusiasmo) en el terapeuta que no se halle interesado y proporcionar una guía a aquel que se sienta incapacitado para ofrecer formación de habilidades. Sin embargo, incluso para el terapeuta interesado y capaz, la formación de habilidades con clientes con trastorno de personalidad límite es un asunto difícil. Como ya he mencionado en el texto, intentar llevar a cabo la formación de habilidades con una persona con trastorno de personalidad límite de forma individual es como intentar enseñar a levantar una tienda de campaña en medio de un huracán.

Es evidente que si el cliente tuviese más habilidades efectivas en su repertorio, sería mucho más capaz de manejar las situaciones de crisis. Y ahí está el dilema: ¿cómo se le pueden enseñar las habilidades que necesita para manejar esas crisis cuando su incapacidad actual es tan grande que no está receptivo para adquirir nuevas respuestas conductuales? Una solución es que el terapeuta se esfuerce en cada sesión para que el cliente incorpore los últimos procedimientos de formación de habilidades. El problema que surge entonces es que para el cliente no quedan claras las contingencias; las normas no están completamente definidas. Por lo tanto, el cliente que quiere concentrarse en una solución inmediata para una crisis inmediata no tiene guías que le indiquen qué debe atender en un momento dado, cuándo va a ser reforzado y cuándo no. Para el terapeuta es muy difícil seguir una línea. Mi propia experiencia en ese sentido fue lo que me impulsó precisamente a crear la TDC tal como es en la actualidad.

Una segunda opción es tener un segundo terapeuta o técnico conductual que lleve a cabo la formación de habilidades individuales con cada cliente. En este caso, las reglas de conducta de terapeuta y cliente quedan claras. En este formato, el formador grupal es quien enseña las habilidades; las crisis, incluida la aplicación de las habilidades adquiridas a una situación de crisis en particular, son objeto de la psicoterapia individual. Este enfoque es especialmente ventajoso en determinadas situaciones. Por ejemplo, en nuestro curso universitario sobre la TDC, algunos alumnos desean adquirir experiencia en el trabajo con el TPL, pero no quieren comprometerse con una terapia individual a largo plazo. Para ellos, llevar a cabo el programa de formación de habilidades es una buena oportunidad y, en mi experiencia, los clientes no tienen ningún problema con ellos. Y lo mismo se podría aplicar a residentes de psiquiatría, trabajadores sociales y enfermeras. Para aprender a usar la TDC, los terapeutas pueden aplicarse la formación los unos a los otros; una práctica más avanzada requeriría contratar a algunos terapeutas con experiencia. El modelo de tratamiento propuesto es similar al del médico de cabecera que manda al paciente a un especialista para que le aplique un tratamiento especializado. La diferencia está en que en la TDC los encuentros rutinarios (posiblemente semanales) entre terapeuta individual y monitores de habilidades son esenciales

para que el programa tenga éxito. Hablaremos más de este punto a lo largo de este capítulo.

El terapeuta individual que no tenga a quien enviar el cliente para que lleve a cabo la formación de habilidades, o que quiera hacerlo él mismo, deberá conseguir que el contexto del programa de formación sea diferente del contexto de la psicoterapia normal. Por ejemplo, puede planificar un encuentro semanal separado dedicado sólo a formación de habilidades. Si es posible, la sesión tendrá lugar en una sala diferente de la que se usa para la terapia individual. Otras posibilidades son cambiar de sillas, trabajar sobre una mesa para poder estudiar el material entre ambos, usar una pizarra, cambiar la iluminación, convocar al cliente para el programa a diferente hora que la sesión de psicoterapia, hacer que dure un tiempo diferente, grabar en audio o en vídeo las sesiones de formación (si esto no se hace en la psicoterapia) o aplicar otras tarifas.

Los terapeutas que tengan clientes especialmente difíciles, es importante que dispongan de un grupo de consulta/supervisión para mantenerse motivados y centrarse en las habilidades.

Formación de habilidades grupal

Ya he mencionado algunas de las desventajas de la formación de habilidades individual. La principal desventaja todavía no mencionada es simplemente que no es del todo eficiente. Nuestra experiencia es que los clientes con trastorno de personalidad límite casi nunca quieren integrarse en un grupo (al principio), éste tiene mucho que ofrecerles y, por supuesto, más que cualquier otra terapia individual. En primer lugar, los terapeutas tienen la oportunidad de observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen en las relaciones entre los componentes del grupo, cosa que no ocurre en las sesiones individuales. En segundo lugar, los clientes pueden interactuar con otra gente como ellos y la validación resultante y el apoyo del grupo son, en mi opinión, muy terapéuticos. En tercer lugar, los clientes tienen la oportunidad de aprenderlos unos de los otros, lo cual aumenta las fuentes de aprendizaje. En

cuarto lugar, los grupos reducen la intensidad de las relaciones entre cada uno de los clientes individuales y el psicoterapeuta del grupo; en términos dinámicos, la transferencia pierde fuerza. Esto puede ser muy importante porque a veces la intensidad de la terapia para los clientes con trastorno de personalidad límite crea más problemas de los que resuelve. Por último, los grupos de habilidades ofrecen a los sujetos individuales la oportunidad no amenazante de aprender cómo estar en un grupo. Esto es muy importante por dos razones. Primero, porque la gente en general, y también los sujetos con trastorno de personalidad límite, tienen que ser capaces de funcionar bien en grupo. Segundo, porque en nuestro programa de tratamiento la terapia grupal es más larga que la individual. Los grupos no son sólo terapéuticos combinados con la terapia individual sino que también pueden ser más económicos y fiables a largo plazo.

En mi programa de investigación, todos los clientes participan en programas grupales de formación de habilidades. Este requerimiento se deja muy claro desde el inicio de la primera sesión. En ocasiones, rechazo al cliente que se niega a participar en el programa grupal si pienso que su déficit de habilidades es tal que la terapia individual quedará muy mermada sin el programa grupal. De hecho, una de las razones (entre otras muchas) por las que es importante establecer una relación interpersonal positiva con el cliente es que así podremos convencerle de que participe en el programa grupal, aunque al principio no quiera. En nuestra investigación, la resistencia inicial a integrarse en el grupo ha sido más bien lo habitual.

Hay que tener en cuenta que un grupo puede incluso componerse de sólo dos personas. En nuestra práctica clínica con clientes muy disfuncionales, intentamos tener de seis a ocho personas por grupo. En los programas grupales son especialmente importantes una serie de temas; hablaré de ellos a lo largo del libro. (El lector puede, por supuesto, simplemente ignorarlos si lo que va a llevar a cabo es una formación individual.)

Grupos abiertos frente a grupos cerrados

En los grupos abiertos pueden entrar nuevos miembros siempre que se desee. En los grupos cerrados no, al menos durante determinado periodo de tiempo. La modalidad abierta o cerrada de un grupo dependerá frecuentemente de cuestiones prácticas. En muchas situaciones clínicas, en especial en unidades de pacientes internos, es necesario que los grupos sean abiertos. En unidades ambulatorias, es posible organizar un grupo de personas que acceden a llevar a cabo un curso de habilidades durante un periodo de tiempo. Si podemos disponer de ambas opciones, ¿cuál es la que funciona mejor?

Yo he probado ambas maneras de trabajar y creo que es mejor organizar grupos abiertos, aunque los grupos cerrados pueden funcionar igual de bien o mejor para las terapias de apoyo, una vez acabada la TDC. ¿Por qué? Hay dos razones, Primero, en un grupo abierto los clientes tienen la oportunidad de aprender a manejar el cambio en un ambiente relativamente estable. Los sujetos con trastorno de personalidad límite frecuentemente tienen enormes dificultades con el cambio; también pueden tener dificultades con la confianza. Es posible que imploren al terapeuta para que mantenga el grupo estable y sin cambios. Sin embargo, si lo mantenemos abierto, con un cambio controlado pero continuo, se permite la exposición terapéutica al mismo en un contexto donde los clientes pueden ser ayudados a responder con eficiencia. En una ocasión le pregunté a un cliente qué le parecía el hecho de que hubiese admitido a nuevos miembros en su grupo. Respondió que imaginaba que yo había preparado esos cambios para que practicase sus habilidades de tolerancia al malestar. En otra ocasión me sorprendió la reacción de un grupo cerrado ante unos cambios mínimos que quise introducir. Después de un año de trabajo, intentamos mover una mesa alrededor de la cual se sentaban los miembros del grupo y la resistencia fue tal que mantuvimos una lucha de tres semanas de duración (hasta que renuncié y accedí a no mover la mesa).

Segundo, en un grupo cerrado se hace progresivamente más fácil apartarse de la agenda del programa de formación. Los temas de proceso suelen adquirir más preponderancia a medida que los miembros del grupo están más cómodos los unos con los otros. El grupo como un todo puede empezar a zafarse de la rigurosa concentración en las habilidades conductuales. Aunque los temas de proceso son obviamente importantes y no pueden ser ignorados, existe una

diferencia definitiva entre un grupo de formación de habilidades conductuales y un grupo de procesos interpersonales.

Los grupos de apoyo a procesos en la TDC van después de los grupos de habilidades; no se ofrecen hasta que el individuo ha pasado por la formación de habilidades. El hecho de añadir periódicamente al grupo de formación de habilidades nuevos miembros (los cuales esperan aprender nuevas habilidades conductuales) obliga al grupo a volver a la tarea.

Los módulos de tratamiento

En la TDC hemos desarrollado cuatro módulos de formación de habilidades: 1) habilidades básicas de conciencia (mindfulness skills), 2) habilidades de efectividad interpersonal, 3) habilidades de regulación de las emociones y 4) habilidades de tolerancia al malestar. Las razones por las que trabajamos estas habilidades en particular y no otras ya han sido expuestas brevemente en el capítulo 1 de este manual y, con más detalle, en el capítulo 5 del texto. El formato general y las estrategias y procedimientos terapéuticos del programa, así como el contenido específico de cada módulo, se hallan expuestos en los últimos capítulos.

Los módulos de efectividad interpersonal, de regulación de las emociones y de tolerancia al malestar pueden ocupar ocho semanas cada uno (si conseguimos concentramos en la formación e ir a buen ritmo). Las habilidades básicas de conciencia pueden ocupar dos o tres sesiones, pero se revisan y se amplían al inicio de cada uno de los otros módulos. Algunos de nuestros clientes han participado en una TDC durante más de un año, pero lo normal es que se «gradúen» después de pasar dos veces por cada módulo. Un cliente poco grave puede graduarse después de un periodo de seis meses.

En la actualidad, ya usan la TDC varias unidades de pacientes internos psiquiátricos. Uno de esos hospitales psiquiátricos organiza programas de tratamiento de seis meses de duración. Los clientes sólo pasan por cada módulo

una vez; también pueden visionar las grabaciones de las sesiones tantas veces como quieran· En tratamientos externos se pueden repetir los módulos cuanto sea necesario· Las unidades de atención de día pueden ofrecer varios módulos al mismo tiempo y los clientes atender a más de uno a la vez· Las unidades de pacientes internos agudos (con tratamientos a corto plazo) pueden ofrecer uno o dos módulos básicos· Por ejemplo, existen algunos centros que ofrecen un paquete que combina habilidades de conciencia y tolerancia al malestar· Otro tipo de centros toman unas pocas habilidades de cada módulo y construyen una versión más corta de la TDC· Como estos ejemplos indican, los módulos de tratamiento permiten la combinación y ajuste a necesidades y filosofías de tratamiento particulares· De todas formas, sin embargo, yo sugeriría enseñar dos o tres veces los contenidos de este manual tal como están dictados, antes de empezar a cambiar y modificar el tratamiento·

Práctica concentrada frente a práctica espaciada

Aunque cada módulo de formación está diseñado para ser cubierto en ocho semanas, se puede pasar hasta un año con cada uno de ellos· El contenido de cada área de habilidades es exhaustivo y complejo para tan corto periodo de tiempo· Para cubrir el material de formación en esas pocas semanas se requiere una gestión del tiempo estricta· Los terapeutas tienen que estar dispuestos a seguir incluso cuando algunos clientes (o todos) no han adquirido las habilidades que se les acaba de impartir· Los clientes frecuentemente se sienten abrumados por la cantidad de información que se les enseña en cada módulo· ¿Así que por qué no extender cada módulo a dieciséis semanas en vez de dar dos módulos de ocho semanas cada uno (que es como proponemos nosotros)?

Primero, los individuos con trastorno de personalidad límite son variables en su estado de ánimo y funcionalidad· Frecuentemente pasan por periodos de varias semanas en los que faltan a las sesiones· Cuando están presentes, prestan una atención mínima (si es que prestan alguna)· El hecho de presentar el material dos veces incrementa la probabilidad de que todas las

personas estén presentes, física y mentalmente, al menos una vez para cada parte del temario.

Segundo, diferentes clientes tienen distintas necesidades; por lo tanto, unos preferirán y encontrarán más relevante ciertos módulos que no otros. Tener que pasar por un módulo que no gusta durante dieciséis semanas es muy difícil. No nos engañemos, pasar por él durante ocho también es duro, pero en todo caso más factible.

Tercero, en un formato de dieciséis semanas, los módulos segundo y tercero se practican menos que con un formato de ocho semanas. Si pensase que un módulo es más importante que otro y necesitase más práctica, esto no sería un inconveniente. Sin embargo, no tengo datos empíricos controlados que me permitan dilucidar cuál es este módulo. Además, dudo de que un módulo sea el más importante para todos los clientes de manera uniforme. La premisa central de nuestra terapia conductual es que la adquisición de habilidades conductuales requiere mucha práctica. Aunque la primera vez que lo presentamos el material suele parece abrumador (en su versión de ocho semanas), los clientes parecen ser capaces de poner en práctica las habilidades en su vida cotidiana. Además, el hecho de presentar los módulos durante los seis primeros meses de tratamiento nos deja un mínimo de otros seis meses para practicar antes de que acabe la formación.

Cuarto, volver a tratar los materiales después de haberlos practicado durante varios meses puede ser beneficioso. El material adquiere más sentido y ofrece la oportunidad de aprender que los problemas que parecen muy duros no lo son tanto si se persevera en los intentos de superación.

Finalmente, mi experiencia me ha enseñado que cuando se dedican dieciséis semanas a cada módulo es mucho más fácil perder tiempo de la terapia en atender las crisis individuales de los clientes y los temas de proceso. Aunque efectivamente se ha de prestar alguna atención a estos temas, no debemos salimos de la formación de habilidades para meternos en una terapia de apoyo, especialmente cuando no nos preocupa el tiempo. En mi experiencia, cuando sucede algo así es muy difícil volver a tomar las riendas de la agenda terapéutica.

Aunque veo que el formato de ocho semanas tiene varias ventajas, no hay una razón a priori para establecer tal decisión. De hecho, la duración de cada módulo de la TDC dependerá de la coordinación con el terapeuta individual de cada cliente (cuando esta persona no es, al mismo tiempo, el formador de habilidades). De nuevo, en la TDC la tarea de la psicoterapia individual es ayudar al cliente a usar las nuevas conductas que está aprendiendo en las diferentes situaciones de la vida cotidiana en que las pueda necesitar, incluidos los momentos de crisis. La psicoterapia individual también está a cargo de analizar los problemas motivacionales que interfieren en la susti-tución de las conductas desadaptativas por las habilidades conductuales de la TDC.

Orden de los módulos

En el momento de escribir este manual, no disponemos de datos empíricos que sugieran cómo ordenar los módulos. Ya que las habilidades básicas de conciencia están repartidas a través de cada uno de los tres módulos restantes, éste tiene que ser obviamente el primer módulo en ser presentado. En nuestro programa actual, las habilidades de efectividad interpersonal, las habilidades de regulación de las emociones y las habilidades de tolerancia al malestar siguen este mismo orden. La razón de ello se basa en que, de este modo, las habilidades se van haciendo cada vez más abstractas. Además, con este orden se da un descenso del grado de validación del dolor emocional del cliente.

El módulo de efectividad interpersonal es presentado como una enseñanza de habilidades para transformar entornos que producen dolor. El módulo de regulación de las emociones asume que aun cuando la situación puede estar generando dolor, la respuesta individual también aporta dolor y tiene que cambiarse (y puede hacerse). El módulo de tolerancia del malestar asume que incluso cuando puede haber mucho dolor, éste puede ser tolerado, la vida puede ser aceptada y vivida a pesar de ello. Seguramente ésta es una lección difícil, sobre todo para nuestros clientes. Uno puede, sin embargo, variar el orden de

los módulos con algún propósito determinado. En mi propio centro (algunos otros también lo hacen) damos a los clientes un manual sobre «Estrategias de supervivencia ante las crisis» (que forma parte del módulo de tolerancia al malestar) durante el primer encuentro con el cliente. Esas habilidades son, en gran medida, fáciles de entender y muchos clientes las encuentran extremadamente útiles. Después, cuando enseñamos el módulo de tolerancia al malestar, terminamos de explicarlas con todo detalle.

Grupos heterogéneos frente a grupos homogéneos

Los miembros de grupos de formación de habilidades de la TDC que pasan por mi centro son homogéneos respecto al diagnóstico: se circunscriben a individuos que cumplen los criterios del TPL y que han llevado a cabo actos parasuicidas (conductas intencionales autopunitivas; véase el capítulo 1 del texto para una explicación detallada del termino). Por lo que respecta a otras circunstancias, no son especialmente homogéneos. Las edades van de los 16 a los 48 años; algunos grupos incluyen clientes de ambos sexos y la situación socioeconómica, el estado civil y la relación con los padres varía. Para todos nuestros clientes, la TDC fue su primera experiencia en compartir sus problemas con otros individuos. Aunque desde mi punto de vista disponer de un grupo homogéneo para llevar a cabo la psicoterapia es muy positivo, la situación tiene sus pros y sus contras.

Argumentos en contra de los grupos homogéneos

Existen varias razones en contra de la organización de grupos homogéneos de clientes suicidas o con trastorno de personalidad límites. En primer lugar, tal grupo (con pacientes externos) conlleva muchos riesgos. Para los clientes con trastorno de personalidad límite cualquier tipo de terapia, individual o de grupo, puede ser muy estresante. Su extrema reactividad emocional nos asegura que saldrán a la superficie emociones intensas que requerirán una gestión terapéutica habilidosa. Un terapeuta tiene que ser muy eficiente a la hora de leer y responder tanto a claves no verbales como a

comunicaciones verbales indirectas, una tarea difícil aun en las mejores circunstancias. Muchas veces, los comentarios terapéuticos se interpretan de una manera que el terapeuta no pretendía, causando un gran impacto en el cliente. Incluso con el terapeuta más vigilante y sensible, se darán ocasiones en las que el cliente abandone una sesión de terapia individual con más malestar y confusión emocional que antes de entrar. Luego, se necesitarán varias llamadas telefónicas para resolver el tema.

En la terapia grupal, esos problemas se ven incrementados. Es imposible que uno o dos terapeutas sigan y respondan individualmente a todas las respuestas emocionales de los miembros del grupo. Con más clientes y un ritmo más acelerado que en la terapia individual, existen más oportunidades de que el terapeuta cometa errores y haga comentarios insensibles, así como que los clientes interpreten erróneamente algunas situaciones. Además, al cliente le es más difícil expresar sus reacciones emocionales ante el grupo. Por lo tanto, la posibilidad de que los clientes abandonen la sesión más alterados que al entrar, con respuestas emocionales que no pueden dominar, es mucho mayor en la terapia de grupo que en la individual.

Un segundo inconveniente relacionado con los grupos homogéneos tiene que ver con la tendencia de los clientes a implicarse emocionalmente en los problemas y tragedias de los demás. Los clientes frecuentemente están ansiosos, enfadados, deprimidos y desesperanzados no sólo a causa de sus problemas, sino a causa de los problemas de las personas que tienen a su alrededor. Por lo tanto, escuchar las descripciones de la vida de los demás puede precipitar respuestas emocionales intensas y dolorosas.

Este problema ha sido un tema muy difícil incluso para nosotros; los terapeutas también tenemos que escuchar una triste historia tras otra. Imagine el lector lo difícil que será eso para estos individuos que tienen muy poca capacidad para modular sus respuestas a información con una gran carga emocional.

Otro argumento en contra de los grupos homogéneos se basa en la noción de que en un grupo con sólo clientes con trastorno de personalidad límite no habrá nadie que modele conductas apropiadas y adaptativas (o, de

forma similar, que habrá un mayor modelado de conductas inapropiadas)· Pero lo cierto es que frecuentemente me sorprendo de la capacidad de los clientes de ayudarse los unos a los otros en sus problemas vitales· La única área en la que sí parece que hay una ausencia de un modelado

apropiado es en la de manejar sentimientos muy negativos· Especialmente al inicio del tratamiento, suele ser necesario que los monitores tomen el liderazgo a la hora de establecer cómo enfrentarse a las emociones negativas de una manera no suicida·

Un cuarto argumento en contra de los grupos homogéneos tiene que ver con la pasividad activa de los sujetos con trastorno de personalidad límite (véase el capítulo 3 del texto para una descripción de esta pauta conductual), su habilidad para «pegarse» otros estados de ánimo o su incapacidad para actuar de una manera independiente en lo referente a ello· Un problema de especial relevancia es el contagio de las actitudes suicidas· En algunas ocasiones, cuando un miembro aparece con un estado de ánimo deprimido o desanimado, los restantes componentes no tardan en seguirle· Si los monitores no tienen el cuidado necesario, es posible incluso que se dejen llevar por el ambiente y también acaben deprimidos· Una de las razones por las que tenemos dos monitores en nuestro centro (más adelante daremos más detalles sobre el particular) es que para cuando suceda algo así haya siempre alguien que pueda animar a su compañero·

Finalmente, a veces se dice que los clientes con trastorno de personalidad límite tienden a buscar la atención del terapeuta en mayor medida que otros y esta tendencia puede perturbar cualquier proceso grupal· Una vez más, yo no he encontrado que esto suceda con mis clientes·

Argumentos a favor de los grupos homogéneos

Desde mi perspectiva, existen dos poderosos argumentos a favor de los grupos homogéneos· Primero, la homogeneidad permite que los monitores

diseñen la formación de una manera más precisa. La mayor parte de las habilidades impartidas son aplicables a muchas poblaciones de clientes. Sin embargo, un grupo heterogéneo requiere una presentación más genérica que haría necesario trabajar mucho individualmente. Presentar un esquema conceptual común sería algo muy difícil, a no ser que sea muy general.

Un segundo argumento a favor de los grupos homogéneos es que en ellos los clientes tienen la oportunidad de conocer a personas que comparten los mismos problemas e intereses. En mi experiencia, se trata de una práctica muy validante para los clientes. Muchos han estado en otros grupos, pero no han tenido la experiencia de estar con personas que entienden su inexplicable necesidad de autolesionarse, el deseo de estar muertos, la frustración de ser incapaz de controlar conductas y emociones y el dolor de las experiencias emocionales invalidantes. Todos conocen íntimamente la dificultad que tienen para confrontar el dolor emocional de otra manera que no sea la suya, es decir desadaptativa.

Un factor que puede complicar la ventaja de tener un grupo de individuos suicidas tiene que ver con los diferentes niveles de progreso que muestran durante el tratamiento. Cuando un cliente lleva a cabo varios intentos suicidas y autopunitivos, es muy validante tener a otros miembros del grupo luchando con el mismo tema. Sin embargo, una vez que el cliente ha dejado de llevar a cabo tales acciones, puede ser muy duro que los demás sigan con ellas. Escuchar que los otros se autolesionan y llevan a cabo intentos de suicidio parece causarles una gran urgencia de hacer lo mismo; esto es, por supuesto, una experiencia amenazante para la persona que trabaja duro para evitar ese tipo de comportamiento. Además, hemos encontrado que a medida que la persona mejora, cambia su autoimagen de «persona con trastorno de personalidad límite» a «persona no con trastorno de personalidad límite». Especialmente si es del tipo sentenciosa, puede serle muy difícil estar en un grupo definido como de personalidad límite. Sin duda estos dos temas —la necesidad de imitar las conductas suicidas y la necesidad de cambiar la autoimagen— deben ser tratados eficientemente por los monitores.

El rol de la psicoterapia individual en la formación de habilidades psicosociales

Como he dicho previamente, la formación de habilidades con clientes suicidas o con trastorno de personalidad límite es un complemento de la psicoterapia individual. Es muy importante que quede muy claro que sólo es una parte de la TDC, nunca el tratamiento total. La idea clave de la formación de habilidades es que ésta se halla al servicio de la psicoterapia individual. Proporciona la llave para que el terapeuta individual y el cliente puedan modelar juntos una nueva personalidad más funcional. Con los clientes seriamente disfuncionales, la formación de habilidades no podría funcionar nunca por sí misma. No nos cansaremos de repetir esta consideración.

¿Qué clase de psicoterapia individual funciona mejor con la formación de habilidades? Nuestras investigaciones demuestran que el tratamiento más efectivo es la combinación de terapia individual de la TDC y de formación de habilidades (Linehan, Heard y Armstrong, 1993). Los terapeutas que dirigen la formación de habilidades, sin embargo, no siempre saben con exactitud qué psicoterapia individual siguen sus clientes. Esto es mucho más probable en centros públicos de salud mental y en unidades de internos psiquiátricos. En los entornos donde la TDC se está introduciendo, es posible que simplemente no haya suficientes terapeutas de TDC individual. O también que una unidad intente integrar diferentes enfoques de tratamiento. Por ejemplo, varias unidades de internos psiquiátricos han intentado integrar la formación de habilidades de la TDC con una terapia psicodinámica individual. Las unidades de pacientes agudos suelen utilizar la formación de habilidades junto con un tratamiento psico- social y farmacológico.

Si se decide utilizar la formación de habilidades fuera del marco estándar de la TDC, probablemente se requerirá implementar algunas modificaciones en el programa. Las modificaciones exactas dependen de qué clase de psicoterapia se ofrece, así como de la relación de los formadores con los psicoterapeutas individuales.

Cuando el terapeuta individual no incorpora la formación de habilidades a la psicoterapia

Aunque el cliente haga esfuerzos por integrar en la vida cotidiana las nuevas conductas aprendidas durante la formación de habilidades, la falta de tiempo y la complejidad de conseguir tal integración requiere que los terapeutas individuales se comprometan a ayudarle en ello. Se podría decir que el terapeuta individual es el entrenador personal del cliente para su vida cotidiana.

Una de las tareas del terapeuta individual de la TDC es aplicar las habilidades conductuales para ayudar al cliente a generar soluciones a los problemas a los que se enfrenta. Por ello, cuando el módulo actual es la tolerancia al malestar (o una habilidad que el terapeuta quiere que el cliente practique), los problemas pueden ser vistos como causados por una escasa tolerancia al malestar. Si se está trabajando sobre la efectividad interpersonal, entonces el terapeuta individual puede preguntar cómo se puede relacionar el problema (o la solución) con las acciones interpersonales. Lo mismo cabe aplicar a las habilidades básicas de conciencia.

La capacidad para aplicar cualquiera de las habilidades conductuales a cualquier situación problemática es muy importante, pero al mismo tiempo muy difícil. Los terapeutas individuales deben conocer las habilidades conductuales por dentro y por fuera y ser capaces de pensar rápidamente durante una sesión o crisis. Cuando el terapeuta individual no está familiarizado con las habilidades que se enseñan, la solución es hacer lo que sea posible para informar al terapeuta. Más adelante se dan detalles de cómo afrontar esa tarea.

Es posible que la intervención activa por parte del terapeuta individual y la terapia individual que quiere aplicar no sean compatibles con la TDC. Algunos terapeutas, por ejemplo, entienden que enseñar a los clientes nuevas habilidades es tratar los «síntomas» en vez de la «enfermedad». En un centro que empezaba a aplicar la TDC, el psicoterapeuta individual (que era médico) decía a los clientes que tenían que obtener el asesoramiento de cómo

aplicar las habilidades de manos de las enfermeras. En mi experiencia, los clientes con tales terapeutas necesitan ayuda extra para usar las estrategias que han aprendido. También la necesitan para aceptar la idea de que las nuevas habilidades son importantes, ya que los terapeutas individuales les están comunicando que la «terapia real» es la que ellos están dirigiendo.

En esos casos, los formadores en habilidades pueden llevar a cabo una serie de modificaciones en el procedimiento para paliar los inconvenientes citados. Por ejemplo, pueden proponer una sesión extra a la semana para dedicarla a establecer cómo aplicar las habilidades aprendidas a las situaciones estresantes de la vida cotidiana. Pero, frecuentemente, la gente necesita más ayuda en los momentos en que está en crisis. La formación de habilidades es como un entrenamiento de baloncesto. Los entrenadores no sólo dirigen los entrenamientos, sino que también están presentes en los partidos para asegurarse de que sus pupilos ponen en práctica lo ensayado durante la semana. Con los pacientes externos, una buena manera de hacer esto es mediante llamadas telefónicas. En la TDC estándar, estas llamadas raramente se efectúan a los monitores o formadores; casi todas van dirigidas a los terapeutas individuales. Si el terapeuta individual no acepta tales llamadas o sencillamente no quiere llevar a cabo esa función de control, el formador puede decidir aceptarlas, para por lo menos llevar a cabo esa supervisión.

En unidades de pacientes internos, los miembros del personal deberían aprender las habilidades conductuales junto con los clientes. Así también podrían ejercer la función de supervisores de los clientes. Conozco una unidad de internos que ofrece unas horas de visita a la semana para atender consultas sobre las habilidades. Es algo así como el horario de consulta académica de un profesor universitario. El cliente sabe que durante determinadas horas a la semana puede acudir a esa supervisión para conseguir consejo y orientación. (Esta variación fue desarrollada por Charles Swenson en el Comell Medical Center/New York Hospital en White Plains.) Lo ideal es que los clientes también se puedan llamar entre ellos para obtener ayuda. En otro centro de internos, el sistema es el siguiente: existe un terapeuta que enseña las habilidades, una enfermera que lleva a cabo la revisión de las tareas o deberes de los clientes en grupo (se reúnen y debaten acerca de sus intentos de poner en práctica las nuevas

habilidades y piden consejo sobre las áreas en las que tienen dificultades) y un terapeuta individual refuerza el uso de las habilidades por parte del cliente (Barley y otros, en prensa).

Cuando el terapeuta individual asume que el formador en habilidades es una ayuda ante las crisis suicidas

Una de las diferencias clave entre la TDC y muchas otras terapias individuales (diferentes a la TDC) es que ésta da mucha importancia a la mejora de las conductas desadaptativas actuales antes de mejorar los conflictos interpersonales a largo plazo y los efectos de los traumas y abusos en la infancia. De hecho, la postura de la TDC es que en primer lugar se deben modificar las conductas suicidas de alto riesgo actuales (incluidas conductas parasuicidas), las conductas que interfieren en la terapia y las conductas extremas que interfieren en la calidad de vida del cliente. Después se podrá llevar a cabo cualquier intento de explorar y resolver conflictos internos y traumas. La exposición terapéutica al estrés requiere, como mínimo, la habilidad de tolerar el estrés sin recurrir al suicidio, al parasuicidio, a la ideación suicida extrema, a conductas que interfieran en demasía con la terapia y a otras conductas extremadamente disfuncionales.

Pero —y éste es el punto más importante— la reducción de esas conductas desadaptativas no es el objetivo específico de la formación de la TDC. La formación de habilidades se concentra en enseñar habilidades <u>generales</u> que los clientes pueden aplicar a sus problemas actuales. La aplicación de tales habilidades a la conducta suicida actual, a las conductas que interfieren en la terapia y a otras conductas seriamente dis- funcionales no es algo que necesariamente se tenga que hacer durante el primer año de terapia (al menos, por los formadores en habilidades).

De hecho, como explicaré más adelante, en esta formación se desaconseja tratar el tema de la conducta parasuicida actual. En realidad, no se

recomienda la aplicación de las habilidades a situaciones de mucho estrés durante las primeras etapas de la terapia porque viola los principios del modelado o shaping. Las conductas que interfieren en la terapia, incluidos los problemas extremos con la formación de habilidades, son relegados a los terapeutas individuales debido fundamentalmente a las limitaciones temporales de la formación de habilidades.

Muchas veces, esta orientación de la formación de habilidades choca con el terapeuta individual porque éste quiere ignorar las conductas desadaptativas actuales para enfocar conflictos y experiencias de la niñez. Tal énfasis de la terapia individual, en ausencia del correspondiente acento en las habilidades, puede conducir a una exacerbación de las conductas disfuncionales actuales. Los problemas pueden ser especialmente intensos si el terapeuta individual interpreta incorrectamente el objetivo de la formación de habilidades (si piensa que éste es modificar las conductas seriamente disfuncionales y suicidas).

En mi experiencia, muchos terapeutas no partidarios de la TDC no quieren atender a la modificación directa de las conductas actuales, una postura comprensible si no han recibido una formación conductual y confían en que la terapia de formación de habilidades hará el trabajo. Desafortunadamente, los terapeutas de la TDC esperan que esto lo lleve a cabo el terapeuta individual. Ahí está el problema: nadie ayuda al_cliente a modificar su estilo actual de manejar las experiencias intensamente molestas (estrés postraumàtico, conflictos intrapsíquicos o interpersonales u otras tensiones importantes de la vida).

El problema es incluso peor cuando el terapeuta individual, confiando en que la formación de habilidades desarrollará las habilidades cotidianas del cliente, empieza a incrementar el nivel de estrés de la terapia individual al tiempo que desatiende las habilidades conductuales. Cuando ocurre esto, parece razonable predecir que la suma de la formación de habilidades de la TDC a la terapia individual (que no es la de la TDC) puede tener un efecto iatrogénico más que terapéutico.

En esos casos será necesario llevar a cabo un programa de formación de habilidades diferente del habitual. Recomendamos separar a esos

clientes del resto, y aunque el ritmo sea más lento, implementar un mecanismo para tratar el tema de la conducta suicida dentro del programa de habilidades. Una opción es establecer una segunda reunión semanal para ese tema exclusivamente. Debido a que el mismo suele ser muy perturbador para los otros clientes, se debe prestar especial atención a formular el trabajo en un contexto positivo, atender a los clientes que guardan silencio y que pueden estar activando sus impulsos suicidas sin expresarlo, planear trabajo sobre las estrategias individuales para después de los encuentros de formación de habilidades y poner más recursos a disposición de los clientes que presentan más impulsos suicidas durante los encuentros.

Todo esto es necesario porque, en mi experiencia, los sujetos suicidas suelen experimentar más impulsos parasuicidas cuando se habla sobre el tema del suicidio. Es precisamente esto lo que hace que muchos terapeutas individuales eviten tratar el tema con sus clientes. Por desgracia, cuando se pasa la responsabilidad de ello al formador de habilidades, las probabilidades de que el trauma se intensifique aumentan enormemente.

Consultas entre los psicoterapeutas individuales y los formadores en habilidades

Los problemas de los que hemos hablado arriba son el resultado de la mala comunicación entre el terapeuta individual y el formador en habilidades. Si las expectativas que tienen el uno del otro no están bien definidas y se revisan de vez en cuando, no hay duda de que los dos tratamientos no casarán. Uno de los aspectos más importantes de la TDC son las estrategias de supervisión/consulta (descritas en el capítulo 13 del texto); esas estrategias requieren que todos los terapeutas tengan reuniones conjuntas de forma periódica. Los objetivos de tales encuentros es compartir información y mantener a los terapeutas dentro del marco de referencia de la TDC.

En mi centro, mantenemos una reunión cuyo objetivo es la supervisión/consulta semanal de dos horas de duración. Durante el encuentro se habla de clientes individuales. Los terapeutas formadores en habilidades informan

al terapeuta individual de cuáles son las habilidades que se están enseñando en cada momento en las sesiones grupales. Cuando es necesario, los formadores en habilidades enseñan a otros terapeutas las habilidades. En este contexto, dichos encuentros son muy útiles porque reducen la probabilidad de que el cliente se confunda ante dos terapeutas con lenguajes distintos. Aunque en la TDC tal coherencia y conformidad entre terapeutas no es esencial, sí es útil en el caso de que el cliente tenga que aprender muchas habilidades nuevas (y suele ser así). Además, en estas reuniones también se puede mencionar cualquier posible dificultad que experimente el cliente para aplicar las habilidades o, en general, sus problemas de interacción grupal. Los terapeutas individuales consultan con los formadores en habilidades y toman toda la información que puede ser de utilidad para planificar el tratamiento individual.

La relevancia que doy a los encuentros entre terapeuta individual y formador de habilidades puede parecer contradictoria con las estrategias de «consulta con el cliente», que son parte integral de la TDC. (Véase el capítulo 13 del texto para más información sobre estas estrategias; también se habla de ellas en el capítulo 5 de este manual.) Primero debo señalar que estas estrategias de consulta con el cliente requieren mucha flexibilidad por parte de los terapeutas de la TDC. Tiene que haber comunicación entre terapeutas, pero, al mismo tiempo, el formador está al servicio del cliente y la relación debe ser del tipo «profesional que ofrece una prestación a su cliente».

Cuando la unidad terapéutica está definida como un grupo de gente (incluidos los terapeutas individuales y los formadores en habilidades), un centro, una unidad de internos o cualquier entidad en la que participan múltiples terapeutas de manera coordinada, es esencial que haya colaboración entre ellos, teniendo en cuenta que el cliente debe ser informado de ello. Pero, a su vez, los terapeutas deben evitar caer en la trampa de servir de intermediarios al cliente.

Una situación especialmente difícil surge cuando el terapeuta individual de determinado sujeto trabaja al margen de los formadores en habilidades y no quiere consultarles o no tiene tiempo para hacerlo. ¿Se puede progresar en esas circunstancias? La respuesta es que tal progreso depende de la voluntad del terapeuta individual de ayudar al cliente a la hora de integrar sus

nuevas habilidades. Un terapeuta con conocimiento de las habilidades conductuales podría hacerlo en ciertas circunstancias. Primero, la psicoterapia individual necesita sacar suficiente información del cliente acerca de las habilidades enseñadas en la formación de habilidades para ser capaz de ayudar al cliente a aplicar esas habilidades en áreas problemáticas. Segundo, el terapeuta necesita saber y ser capaz de aplicarse las habilidades a sí mismo; esto no es tan sencillo como pudiera parecer. Tercero, el terapeuta necesita resistir la tentación de confiar en el formador de habilidades para que éste reduzca el peligro de suicidio y demás conductas extremas. En mi centro, cuando se ofrece formación de habilidades a individuos sin terapeutas individuales en la línea de la TDC, informamos a los terapeutas de que no podemos aceptar a sus clientes si no acceden a supervisar y ayudar a los clientes a aplicar esas habilidades. Después enviamos a los terapeutas nuestros materiales de formación de habilidades. Más adelante detallaré cuáles son las guías para manejar las crisis suicidas.

Los formadores

En mi experiencia, en la TDC se necesitan dos monitores para conducir un grupo de habilidades. La principal razón para ello es el agotamiento de los terapeutas, lo cual le puede suceder muy rápido a un solo terapeuta. La constante pasividad, desesperanza, vulnerabilidad emocional e invalidación que invaden los primeros meses de la formación grupal de habilidades es casi imposible de tolerar para un sola persona. La tendencia de los miembros del grupo a rendirse emocionalmente frente a cualquier tensión o conflicto grupal crea una contratendencia en el terapeuta a retirarse, a culpar a las víctimas e incluso a arremeter contra algunos miembros. Resistir esta tendencia a lo largo del tiempo sin el apoyo de otros terapeutas es realmente difícil. La principal función del segundo formador es proporcionar el equilibrio dialéctico y el apoyo personal necesario para mantener la situación en condiciones óptimas (con aceptación y cambio; véanse los capítulos 2 y 7 del texto) hasta la siguiente semana.

En nuestros grupos usamos un modelo en el que existe un formador principal y otro secundario. Las funciones de los dos monitores durante la sesión difieren en algunas cosas. El formador o monitor principal da inicio a los encuentros, conduce los primeros análisis conductuales del trabajo hecho en casa y presenta el nuevo material de habilidades. Esta figura también es responsable de la coordinación temporal de la sesión, yendo de persona a persona según el tiempo de que se disponga. Por lo tanto, el formador principal es el responsable global de la adquisición de habilidades.

Las funciones del formador secundario son más diversas. Primero, media en las tensiones que se producen entre los miembros y el formador principal, proporcionando un equilibrio a partir del cual se puede crear una síntesis. Segundo, mientras el formador principal mira al grupo como un todo, el co-formador mantiene la concentración sobre cada miembro individual, percibiendo si un miembro tiene alguna necesidad especial (entonces, intentará satisfacer esa necesidad allí mismo o consultará con el formador principal durante los descansos). Tercero, el co-formador hace las funciones de co-profesor y tutor, ofreciendo explicaciones alternativas, ejemplos y demás.

Generalmente, si hay un «chico malo» ése es principalmente el formador principal porque tiene que dejar claras las normas del grupo, y si hay un «chico bueno» es el monitor secundario porque siempre intenta ver el punto de vista de la persona que está «baja de moral». Mientras ambos terapeutas mantengan la perspectiva dialéctica global, esta división del trabajo y de los roles puede ser bastante terapéutica. Obviamente, requiere un mínimo grado de seguridad personal por parte de ambos terapeutas.

Aquí, las estrategias de supervisión/consulta de la TDC pueden ser especialmente importantes. La supervisión del grupo sirve como el tercer punto que proporciona el equilibrio dialéctico entre los dos formadores, tanto como lo hace el co-formador con respecto al formador principal en una sesión de grupo. Por ello, la función de la supervisión/consulta de la TDC es destacar la verdad en cada lado de una tensión expresada, alimentando la reconciliación y la síntesis.

CAPÍTULO 3

FORMATO DE LA SESIÓN E INICIO DE LA FORMACIÓN DE HABILIDADES

Formato y organización de las sesiones

Existen varias formatos posibles para las sesiones de formación de habilidades. En mi centro, estas sesiones duran 2 horas y media, generalmente con una pausa en medio. El formato es razonablemente consistente durante todo el año. La primera hora está dedicada a los rituales de apertura. Después los miembros comparten sus intentos de practicar las habilidades conductuales (o su incapacidad para hacerlo) durante la semana anterior. Después de un descanso, se dedica una segunda hora a presentar las nuevas habilidades y a hablar de ellas. Los últimos 15 minutos se emplean en oxigenar y relajar la sesión.

Algunos centros de internos han dividido estas sesiones en dos panes, con dos sesiones semanales, una dedicada a revisar los deberes del cliente y otra a nuevas habilidades. Éste es un modelo razonable para pacientes internos y unidades de tratamiento de día donde el personal tiene la posibilidad de persuadir a los clientes para que asistan a las dos sesiones. En un centro con pacientes externos, sin embargo, existe el peligro de que los clientes no acudan a las sesiones de revisión de los deberes si no han practicado ninguna de sus habilidades durante la semana anterior. Los formadores en habilidades querrán evitar que esto ocurra.

Otros centros han intentado acortar el tiempo de las sesiones, normalmente de 2 horas y media a 1 hora y media. En nuestra experiencia, una hora y media no es tiempo suficiente para una sesión grupal. Incluso dos horas y

media (50 o 60 minutos para la revisión de los deberes con un grupo de ocho miembros), da a cada miembro de 6 a 8 minutos de atención grupal, lo cual no es mucho. Y tampoco sobra demasiado tiempo (50 o 60 minutos) para presentar el nuevo material. Aunque los monitores pueden presentar mucho material en ese tiempo, también lo necesitan para practicar los ejercicios en la sesión, atender las preguntas sobre los nuevos contenidos, comprobar si han comprendido las habilidades (cada uno de los participantes), repasar las nuevas fichas (de deberes) para asegurarse de que sabrán hacer los ejercicios y registrar los resultados. La formación individual puede llevarse a cabo en sesiones semanales de 45 a 50 minutos.

Los primeros 30-60 minutos de cada módulo de nuevas *habilidades (recuerde que hay cuatro) se dedica a debatir sobre la lógica del módulo. (En un grupo ya en marcha ese tiempo se saca recortando el tiempo dedicado a revisar los deberes de esa sesión.) Aquí la tarea del formador es convencer a los clientes de que las habilidades del siguiente módulo son relevantes para su vida, que si aprenden esas habilidades concretas sus vidas mejorarán y, lo que es más importante, que esas habilidades se pueden aprender. Los monitores tienen que ser, muchas veces, muy creativos para demostrar cómo los grupos de habilidades se aplican a problemas concretos. La lógica específica de cada módulo se halla descrita en los capítulos 7 a 10.*

El inicio de la sesión

En nuestras sesiones grupales servimos café descafeinado y té (y normalmente también algún tentempié); el inicio del curso consiste, pues, en que cada miembro tome su café o su té y se siente en la sala. La primera tarea es rellenar las escalas de evaluación (de tratamiento o de investigación) que se usen en ese momento. Si un miembro se ha perdido una o más sesiones, se le da la oportunidad de decirle al grupo dónde ha estado. Si el problema del absentismo es importante, se dedica un tiempo (no más de 5 minutos) a analizar que interfiere en el curso y cómo se puede superar. Si hay temas grupales (por ejemplo, anuncios, problemas de absentismo, etc.), se tratan al

inicio de la sesión. Esta breve atención a las conductas que interfieren en la terapia es muy importante y no se debe obviar.

Compartir los esfuerzos de la practica/corrección de los deberes

La siguiente fase del tratamiento consiste en compartir esfuerzos en la práctica de habilidades conductuales específicas (conciencia, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) que se han enseñado. En nuestros grupos, el monitor principal va persona por persona pidiendo que comparta con el resto lo que ha practicado durante la semana anterior. (En mi experiencia, esperar que los miembros del grupo se ofrezcan voluntariamente a ello implica perder mucho tiempo. Sin embargo, puedo dejarles a ellos que decidan por quién empezar en el círculo.) Aquí, el vocabulario puede ser muy importante. Los conductistas están acostumbrados a llamar a estas prácticas «deberes». Algunos de nuestros clientes prefieren esta terminología porque se parece a un curso tradicional. A otros no les gusta porque tienen la impresión de que se les trata como a niños. En este sentido, puede ser útil debatir al principio del tratamiento sobre el uso y significado de la terminología.

El hecho de compartir cómo han ido los deberes durante la semana es una parte esencial del entrenamiento de habilidades. Saber que todas las semanas se revisará, uno por uno, el resultado de los deberes y que los que no los hayan hecho tendrán que justificar en profundidad por qué ha sido así, es una potente motivación para, al menos, intentar realizar los deberes durante la semana. A todos los clientes se les pide que compartan sus experiencias, incluso a los que comunican extrema aversión a ello. Esta parte de la sesión es prioritaria sobre las demás, hasta que no se acaba con ella no se sigue adelante. Finalizar esta etapa en los 50 o 60 minutos previstos requiere que el monitor principal distribuya bien el tiempo. Sin embargo, la habitual ausencia de uno o más clientes junto con la tendencia de algunos a negarse a participar (también uno o dos todas las semanas), nos proporcionará un tiempo extra muy valioso que nos permitirá acabar la tarea en el tiempo previsto.

La dirección de esta tarea requiere una enorme sensibilidad por parte de los monitores. Hay que empujar a cada cliente a analizar su propia conducta, validar sus dificultades para hacerlo y compensar su tendencia a juzgarse negativamente y a fijarse metas imposibles y ayudarle a desarrollar, si es necesario, estrategias más efectivas para llevar a cabo los deberes la siguiente semana. Además, los monitores deben ser capaces de alternar su atención al análisis de las conductas de la semana con los intentos de describir, analizar y solucionar problemas. El miedo a las críticas o a parecer estúpidos, la humillación, la vergüenza, el odio a uno mismo y la ira son emociones que suelen torpedear la sesión. La clave es saber manejar esas emociones, para lo que se necesita usar estrategias de validación y de resolución de problemas, una comunicación irreverente y recíproca al mismo tiempo.

Si un cliente ha llevado a cabo los deberes y las habilidades han funcionado, los monitores deben animarle y apoyarle. A los otros clientes (que no participan directamente en ese momento) se les pide que comenten la similitud de la práctica o situación con respecto a sus propias vidas. Se refuerza el hecho de que los clientes se animen los unos a los otros. Es muy importante que cada cliente describa en detalle su uso de las habilidades en una situación problemática particular que haya tenido durante la semana. Se ha de prestar la misma atención a los éxitos que a las dificultades de la semana. Además, los monitores pueden usar tal información para identificar las pautas de conducta del cliente en el uso de las habilidades. Esto es especialmente importante en el caso de que un cliente sólo hable de una estrategia de puesta en marcha de las habilidades. Por ejemplo, en uno de mis grupos, un cliente intentaba siempre cambiar las situaciones del problema como método principal de regulación de las emociones.

Aunque sus habilidades para resolver situaciones problemáticas eran excelentes, le convenía aprender otros métodos (por ejemplo, reestructuración cognitiva, tolerancia ante la situación, buscar una distracción, etc.). No todas las situaciones problemáticas pueden ser cambiadas. Mi experiencia es que dada una cantidad limitada de tiempo, los clientes con trastorno de personalidad límite casi siempre hablarán de sus éxitos a la hora de usar las habilidades y raramente querrán describir sus problemas y fracasos.

Por ello, escuchar con atención sus éxitos es incluso más importante de lo que podría ser con otras poblaciones.

Cuando las habilidades no ayudan

Si un cliente no pudiese aplicar las habilidades que le han enseñado o informa de que las ha usado pero no ha obtenido ningún beneficio de ello, los monitores pueden utilizar estrategias de resolución de problemas para ayudar al cliente a analizar qué ha sucedido, qué ha ido mal y cómo podría usar mejor las habilidades en la próxima ocasión. Esta es una oportunidad muy importante para los monitores de modelar cómo analizar las situaciones y conductas y cómo aplicar las habilidades de autogestión. A lo largo del tiempo, es importante reforzar y animar a los clientes a ayudarse los unos a los otros y a resolver problemas difíciles.

Cuando un cliente tiene dificultades con sus tareas

Siempre habrá algún cliente que informe de que no ha llevado a cabo las prácticas de la semana anterior. Sería un error tomar el significado de esta aseveración al pie de la letra. Si valoramos bien la situación, encontraremos muchas veces que el cliente sí ha practicado; pero lo que no logró es resolver el problema. El trabajo está entonces en modelar y establecer las expectativas apropiadas. Frecuentemente descubrimos que el cliente no tiene una comprensión completa de la manera en que ha de practicar la habilidad asignada. O podemos averiguar que no entiende muchas de las habilidades comentadas con anterioridad, pero no se ha atrevido a preguntar; en ese caso, se ha de hablar de la autocensura a la hora de preguntar y del problema para hacer los deberes o tareas para hacer en casa. Siempre que sea posible, es útil animar o pedir a los otros clientes que ayuden a la persona que tiene una dificultad. En el caso de la

efectividad interpersonal, podemos pedir a otro cliente que escenifique qué haría para enfrentarse a la situación· La regulación de emociones y la tolerancia al malestar no permiten demostraciones, pero los otros clientes pueden hablar de cómo han manejado ellos situaciones similares· Finalmente, un cliente que dice que no ha practicado, a veces sí lo ha hecho, pero no se ha dado cuenta de que lo ha hecho· En ocasiones ha empleado habilidades diferentes a las enseñadas en el programa· Entonces es posible que nos perdamos completamente esa información si no exploramos bien las experiencias del cliente durante esa semana·

Cada módulo de formación de habilidades contiene una gran cantidad de habilidades específicas· Normalmente, se entiende que no es una buena idea presentar muchas habilidades individuales porque es mejor aprender unas pocas bien que no muchas mal· Sin embargo, mi experiencia me dice que para los sujetos con trastorno de personalidad límite ofrecerles muchas habilidades tiene dos beneficios· Primero, la necesidad de utilizar muchas habilidades sugiere que el terapeuta no está sobresimplificando los problemas que hay que resolver· Segundo, presentar un montón de habilidades evita que el cliente diga que nada funciona· Si algo no funciona, el terapeuta puede sugerir que intente otra cosa· Con tantas habilidades, normalmente el cliente agota su perseverancia a la hora de rechazarlas todas· Además, lo que funciona para uno puede no funcionar para otro· Por otro lado, los formadores no deben caer en el error de pensar por sistema que si una habilidad no ha funcionado es porque no le va al cliente· Los formadores sin experiencia suelen prescindir demasiado pronto de las habilidades· Es muy posible que el cliente no las haya aplicado correctamente·

Cuando un cliente no ha hecho los deberes

Cuando un cliente llega y admite que no ha hecho nada de lo encomendado, se analiza tal actitud· Las razones que suele esgrimir son sencillas: no ha querido hacerlos, no se ha acordado o no ha tenido la ocasión· Raramente identifica los factores situacionales que influyen en su falta de motivación, su

fracaso a la hora de recordar o su incapacidad para detectar oportunidades para practicar. Normalmente, la aplicación de una estrategia de resolución de problemas a este fracaso revela una dificultad dominante para analizar su conducta (o la ausencia de una conducta) y para aplicar principios de aprendizaje para producir los cambios deseados. Los individuos con trastorno de personalidad límite tienden a usar el castigo, normalmente en forma de auto-denigración, como forma de control de la conducta. «Supongo que si no lo hice fue porque no quise hacerlo», es un comentario frecuente. Este comentario, sin embargo, requiere un análisis detallado: los clientes suelen haber aprendido a hacer interpretaciones motivacionales a partir de anteriores terapias y las mantienen aun cuando tienen que ver poco con la realidad.

Incluso si el problema es de motivación, debemos indagar qué es lo que está interfiriendo en la motivación. Los fallos de motivación y de memoria ofrecen importantes oportunidades a los monitores para enseñar los principios de gestión de la conducta y el aprendizaje. El objetivo a largo plazo es usar esos principios para reemplazar las teorías basadas en la fuerza de voluntad y la enfermedad mental que los sujetos con trastorno de personalidad límite frecuentemente sostienen. No poder hacer los deberes es un problema que debe ser resuelto.

En sesiones de grupo, cuando un miembro no ha intentado hacer los deberes de la semana anterior, no suele querer hablar de ello y pide al monitor principal que pase directamente a la siguiente persona. En mi experiencia, es esencial que el monitor no acceda a ello. El análisis de por qué no se han hecho las tareas de casa es fundamental. Si la persona en cuestión no quiere hablar del asunto por vergüenza o miedo, tenemos la ocasión de enseñarle y practicar «la acción opuesta», una habilidad que se enseña en el módulo de regulación de emociones. Esto también ofrece a los otros miembros del grupo la oportunidad de practicar sus habilidades de gestión de la conducta y de resolución de problemas dentro del contexto del grupo. Es, por supuesto, importante que el formador resista la tentación de dar la razón a un cliente que se castiga por no practicar.

Los descansos

La mayoría de los clientes se cansan al cabo de aproximadamente una hora de sesión grupal. Nosotros solemos hacer un descanso de 10 a 15 minutos a mitad de sesión. Los participantes pueden servirse otra taza de café o té y tomar un tentempié. La mayor parte de los clientes van a las zonas para fumadores o salen fuera a tomar el aire. Esta parte de la sesión es importante porque proporciona un periodo de tiempo no estructurado para que los clientes interactúen. Generalmente, los monitores permanecen cerca, pero no con los clientes. Así se fomenta la cohesión grupal, con independencia de los monitores. Si un miembro del grupo necesita atención especial se le puede dar en ese momento. Uno de nuestros principales problemas ha sido que los clientes que lo pasan mal durante la sesión la abandonan precisamente en los descansos. Por eso aconsejamos estar muy alerta para intentar que esa persona se quede antes de que sea demasiado tarde.

Presentación del nuevo material

La hora posterior al descanso está dedicada a la presentación y discusión de nuevas habilidades (o, si es necesario, a revisar las que ya se han tratado). El contenido y forma de la presentación de habilidades para cada módulo se hallan detallados en los capítulos 7 a 10.

El cierre

Parece ser que para los clientes con trastorno de personalidad límite es muy importante dedicar un tiempo al cierre de la sesión. Las sesiones son casi siempre emocionalmente duras y dolorosas. Los sujetos con trastorno de personalidad límite se dan cuenta de los efectos negativos de sus propios déficits

de habilidades. Sin habilidades para regular sus emociones, los clientes pueden experimentar grandes dificultades emocionales después de una sesión, especialmente si no se hace nada para regular su afecto antes de acabar.

Un periodo de oxigenación y relax también proporciona a los clientes que se han disociado (a causa de recuerdos dolorosos) el tiempo necesario para volver a la sesión antes de marchar. Me di cuenta de esta necesidad durante mi primer programa de formación de la TDC. Después de varios meses, en una charla de grupo se dijo que casi todos los miembros de la sesión salían a beber después de los encuentros como medio para controlar el afecto. Los formadores en habilidades podrán apreciar que temas aparentemente inocuos pueden provocar mucho estrés a estos clientes. Por ejemplo, en una ocasión una clienta se puso muy emotiva y excitada cuando presenté el módulo de efectividad interpersonal porque introduje que íbamos a aprender a decir no. En esos momentos, ella estaba enredada con un grupo de traficantes de droga que la violaban a menudo, pero no se negaba porque el grupo le proporcionaba comida todos los días.

Yo he utilizado varios métodos de oxigenación de las sesiones. El más popular en estos momentos es el de observación de los procesos. Este método consiste en que los participantes comentan durante 15 minutos sus impresiones de cómo ha ido la sesión.

Los miembros pueden ofrecer observaciones acerca de sí mismos, de los demás, de los monitores o del grupo como un todo. Aunque lo normal es que los monitores tengan que iniciar estas interacciones para que los demás las observen y aprendan, los clientes suelen adoptarlas muy rápido. A medida que pasa el tiempo, encontramos que los miembros del grupo se convierten en observadores más astutos y describen la conducta de uno y otro mucho mejor, así como su progreso, sus cambios de humor y sus dificultades aparentes. A veces, los monitores pueden facilitar las observaciones profundas y los comentarios del grupo preguntando cuestiones generales como « ¿Qué me decís de esto?». O dirigirse a un cliente concreto para preguntarle qué le parece tal o cual observación, especialmente si ha sido un comentario que alude a los sentimientos, estado de ánimo u opinión de otra persona. Otra importante

tarea de los monitores es animar a los clientes que no hacen ninguna observación. Durante este periodo de cierre se debería intentar que todos los miembros del grupo dijesen algo, siquiera sea que es difícil hacer observaciones.

Aunque el cierre más popular suele ser el de observación de los procesos, también es el que puede crear más problemas. Muchas veces sucede que los monitores pierden el control de las observaciones y la cosa acaba siendo una batalla de críticas. No es raro que algún cliente arme un escándalo y se niegue a volver al grupo. Esto puede ser un problema si se mezclan clientes más avanzados o con más experiencia (por ejemplo, los que han pasado por varios módulos de formación de habilidades) con otros que empiezan su formación de habilidades. Cuanto más avanzados estén aquéllos, más probable será que estén preparados para sacar temas que causen a los demás un gran malestar. En este tipo de cierres, estos sujetos encuentran un espacio natural en el que sacar temas controvertidos. En el capítulo 5 de este manual hablaré con más detalle del problema de trabajar demasiado los temas de proceso durante el primer año de formación de habilidades.

Un segundo método de cierre consiste en hacer ejercicios de relajación, visualización, meditación y respiración. Aquí el objetivo es observar lo que nos sucede internamente (sensaciones corporales, respiración, pensamientos, sentimientos, etc.). El ejercicio empieza pidiendo a los clientes que se sienten cómodamente en sus sillas, con la espalda recta. Mi experiencia con los sujetos con trastorno de personalidad límite es que muchas veces están tan acomplejados con sus cuerpos que sólo tras varios meses de hacer estos ejercicios acceden a sentarse derechos en las sillas. Con tiempo y paciencia, sin embargo, la mayoría de los clientes empiezan a entrar de lleno en los ejercicios. Después se les instruye para que cierren los ojos o los abran sólo parcialmente. Una vez más es de esperar que varios clientes tengan dificultades para cerrar los ojos durante la sesión; tampoco es necesario que lo hagan. A los que prefieran tener los ojos abiertos, les pediremos que busquen un lugar al que mirar que no les distraiga. Por último, se les pide que se concentren en la respiración, que hagan tres inspiraciones profundas, que aguanten la respiración un segundo o dos y que dejen salir el aire despacio. La razón de las tres respiraciones es que se tranquilicen y fijen la atención en una experiencia interna.

En este punto, el formador dirige al cliente en un ejercicio de observación específico· Las posibilidades son demasiado numerosas para describirlas aquí· Podemos llevar a cabo un ejercicio de relajación abreviado que consiste en tensar y relajar varios grupos de músculos para que el cliente observe las reacciones y sensaciones internas de su cuerpo, o proponer directamente un ejercicio de concentración en las sensaciones que consiste en que el cliente esté atento a diferentes partes del cuerpo, notando las distintas sensaciones que surgen· Un ejercicio que he encontrado muy útil es combinar concentración en las sensaciones (« ¿Puede sentir su brazo descansando sobre el apoyabrazos de la silla?») y visualización («¿Puede ver en su mente una rosa que se abre?»)· Los ejercicios de imaginación también incluyen imaginarse tendido en unaplaya cálida, flotar en una nube, ser un guijarro que flota en el fondo del océano o cualquier otra escena relajante· Los ejercicios de meditación pueden consistir en repetir una simple palabra una y otra vez (como la palabra «uno») o contar los pensamientos que pasan por la cabeza o las respiraciones· En la meditación es muy importante instruir a los clientes para que cada vez que se salgan de manera involuntaria de la experiencia vuelvan a ella tranquilamente, sin hacer juicios de valor·

En mi experiencia, los ejercicios de observación interna como los descritos deben ser breves al principio, no más de cinco minutos· También, debemos tener una gran flexibilidad respecto a lo que se espera de esta práctica meditativa y expresarlo así a los clientes· Por ejemplo, si una persona se sale de la experiencia, ella y nosotros debemos aceptarlo completamente, no resistirnos· La idea es volver a ella poco a poco· Es posible que la visualización le cueste mucho a ciertas personas; las diferencias individuales en cuanto a imaginario son grandes· La idea clave es observar y aceptar cualquier cosa que suceda·

Como indica la descripción de las habilidades básicas de conciencia del capítulo 7, estos ejercicios de cierre implican la práctica de habilidades de observación y la adquisición de un talante nada sentencioso· La observación también incluye la práctica de la descripción· La relajación y la meditación nos ayudan a aprender a concentrarnos en una sola cosa, en un momento dado·

El inicio del programa de formación de habilidades

Construir relaciones

Al inicio de la formación de habilidades, el uso de estrategias terapéuticas de relación (véase el capítulo 15 del texto) es particularmente importante· En un contexto grupal, entre las primeras tareas que debe llevar a cabo el monitor principal se encuentran las de cimentar la relación entre los monitores y los clientes y empezar el proceso de construcción de la cohesión del grupo· Nosotros hemos encontrado muy útil llamar a los clientes por teléfono, unos días antes de que empiece el programa, para recordarles el inicio del mismo, clarificar instrucciones y comunicarles que nos alegramos de conocerles· Ésta es también una buena ocasión para que los monitores puedan neutralizar miedos de última hora y evitar que los clientes se den de baja antes de empezar (lo cual no es nada infrecuente en los sujetos con trastorno de personalidad límite)·

Los formadores deberían llegar unos minutos antes del inicio de cada sesión (en especial el primer día) para recibir a los clientes e interactuar brevemente con cada uno· Para los clientes temerosos o no muy contentos de asistir, esta puede ser una experiencia tranquilizadora· También da la oportunidad a los formadores de oír sus preocupaciones y refutar los planes de abandonar el programa antes de tiempo· Es importante confinar esas interacciones individuales dentro de un contexto grupal para mantener la identidad esencial del grupo, más que la terapia individual· Más adelante haremos una exposición más exhaustiva del tema·

Como cabría esperar, en ese primer encuentro los miembros del guipo se muestran muy tímidos· No tienen nada claro cómo deben actuar y tampoco se fían de los terapeutas· Generalmente empezamos preguntando los nombres de cada uno de los participantes y cómo se enteraron de la existencia

del programa, aceptando cualquier información que quieran aportar. Los monitores también se presentan y explican cómo han llegado a coordinar un grupo de esas características.

La siguiente tarea es ayudar a los clientes a ver la relevancia que puede tener un programa como ése en sus vidas. Se les da una visión general de lo que será el mismo y se les explica cuál es la teoría del TPL y de las conductas suicidas que utilizamos (es decir, la que hace hincapié en el papel de las habilidades inadecuadas). Después, se les informa sobre el formato que seguirán las sesiones. A su vez, se les entregan unas páginas que ilustran la relación entre las características del TPL y la formación de habilidades (véase el capítulo 6 de este manual para más detalles); normalmente, yo también lo escribo en la pizarra de la sala donde nos encontramos.

Es esencial comunicar que la terapia será efectiva a la hora de ayudar a los clientes a mejorar su calidad de vida. Debemos «venderles» el programa. (Véanse los capítulos 9 y 14 del texto para una exposición más extensa sobre lo que debe ser la «venta» de la terapia a los clientes para conseguir su compromiso.) En este punto, normalmente aclaro que la TDC no es un programa de prevención del suicidio, sino que se trata de mejorar la calidad de vida de las personas en general. Nuestra idea no es que la gente viva vidas que no quiere vivir, sino ayudarles a construir las que sí desean. Aquí es necesario desplegar estrategias didácticas y de validación (véanse los capítulos 8 y 9 del texto).

Las reglas de la formación de habilidades

Es importante explicitar las reglas de funcionamiento del programa de formación de habilidades desde el primer momento y desentrañar cualquier idea errónea que puedan tener acerca de él. Este momento nos da la oportunidad de obtener su aprobación, «su firma» del «contrato» de tratamiento. De hecho, no es mala idea ir uno por uno pidiéndoles que se comprometan de forma individual. Mi experiencia es que la presentación y discusión de las reglas se puede llevar a cabo durante la primera sesión. En un grupo abierto, cada vez que un nuevo miembro entra en el grupo exponemos las

reglas otra vez. Muchas veces resulta adecuado que los miembros veteranos sean quienes expongan las reglas a los nuevos.

Los formadores en habilidades deben tener en cuenta que la exposición de las reglas es una parte importante del proceso de tratamiento, no un precursor del proceso. Como tal, las expondremos más de una vez a lo largo del mismo. Si presentamos las reglas de manera autoritaria, algunos clientes se alienarán, especialmente los que estén afectados por temas de control. A continuación se describen algunas de las reglas que he encontrado más útiles. (También se les ofrece a los clientes impresas en un pequeño dossier; véase el capítulo 6 de este manual.)

1. Los clientes que abandonan la terapia están fuera de la terapia

Los clientes que se pierden 4 semanas de tratamiento seguidas quedan excluidos de la terapia y no pueden volver a entrar en ella hasta que finalice. Por ejemplo, si un cliente se ha comprometido a seguir la TDC durante un año, pero se pierde 4 semanas seguidas durante el sexto mes, ya no puede acudir más durante los siguientes seis meses. Al final de ese periodo puede negociar con el formador en habilidades (y con el grupo, si piensa seguir en el que estaba) su reingreso. No se hacen excepciones a esta regla.

Esta regla también se aplica en la psicoterapia individual de la TDC. Además siempre mencionamos que aunque técnicamente se puede dejar de asistir varias veces a tres sesiones seguidas y acudir a la cuarta, ello comportaría una violación del espíritu de la regla. En nuestros grupos avanzados esta regla varía, pues preferimos decidir entre todos lo que constituye una exclusión. Por ejemplo, en un grupo, tres ausencias «injustificadas» en un periodo de cuatro meses es causa de exclusión. En todos los grupos dejamos muy claro desde el principio qué consecuencias tiene no asistir a las sesiones (presentándoles las reglas como en el primer año o por decisión común).

El mensaje que les comunicamos es que esperamos que todo el mundo asista a las sesiones todas las semanas sin excepción. Aquí además aprovechamos para definir qué aceptamos como excusa para faltar a una sesión. No estar de humor, una enfermedad de poca monta, compromisos sociales,

miedo, creencias como «Nadie en el grupo me quiere» y demás no se admiten; una enfermedad seria, eventualidades muy importantes o hallarse fuera de la ciudad y no poder volver a tiempo, sí se admiten.

En nuestra primera investigación con 24 clientes y un programa de formación de habilidades grupal, tuvimos un porcentaje de abandono del 16,4% en el primer año, considerablemente menor que el 50-80% de bajas que esperábamos. En un segundo estudio con 12 clientes que participaron en un programa de TDC más terapia individual ajena a la TDC, tuvimos un porcentaje de abandono del 27% en el primer año, lo cual también fue menor que el 50% esperado. Sospecho que los responsables de esos bajos porcentajes de abandono son el hecho de que insistamos en un compromiso limitado en el tiempo y la claridad de las reglas acerca de las ausencias. La claridad de las reglas es fundamental por dos razones. Primero, le indica al cliente que si pierde 1, 2 o 3 semanas seguidas, aunque no llame para avisar, todavía está dentro de la terapia. Se les hace saber que su conducta no nos resulta inesperada y que hay cierta flexibilidad con ella. Segundo, se les impide que se salgan de la terapia sin darse cuenta. Todas las semanas, los clientes saben dónde está la línea entre seguir o abandonar la terapia.

2. Todos los clientes tienen que seguir una terapia individual

Al principio de la terapia se deja claro que la formación de habilidades en la TDC es un complemento de la psicoterapia individual. Los clientes pueden cambiar de terapeuta individual durante el curso de la formación de habilidades, pero no pueden estar 4 semanas consecutivas sin acudir a un terapeuta individual. Si así lo hicieran, se les consideraría fuera de la TDC. Cuando los clientes se hallan en nuestro programa estándar (programa de habilidades grupal más terapia individual), no asistir a la terapia individual (a no ser que se acuda a otro terapeuta individual) equivale a abandonar la formación de habilidades grupal y, por lo tanto, a abandonar todo el conjunto de la terapia.

La terapia individual es necesaria por varias razones. Primero, con un grupo de ocho clientes con tendencias suicidas sería extraordinariamente difícil para los formadores en habilidades manejar las crisis que pudieran surgir. El

trabajo es demasiado abundante. Segundo, en un programa de habilidades con un día a la semana de trabajo no hay suficiente tiempo para atender temas individuales. Tampoco se tiene la oportunidad de integrar las habilidades en la vida de cada uno. Algunos necesitan mucho más tiempo que otros en determinadas habilidades y la necesidad de ajustarse a un ritmo medio hace que sea muy probable que casi todo el mundo se pierda algunas de las lecciones.

Este temprano énfasis en destacar la necesidad de que cada individuo reciba ayuda individual para manejar las habilidades es muy importante más tarde, cuando los clientes se encuentran con dificultades. Es muy fácil que los formadores crean que las habilidades son más fáciles de aprender de lo que en realidad son; ello conducirá a que, tarde o temprano, los clientes se desilusionen y desesperen.

Esta ocasión es también una buena oportunidad para comunicar que, en general, lo tratado en la terapia individual se centrará en las habilidades aprendidas y en cómo cada cliente puede aplicarlas a su vida diaria. Por lo tanto, con breves excepciones, no se animará a que se hable de los problemas y crisis de la vida actual. Es crucial, sin embargo, que los formadores en habilidades validen la necesidad de hablar de esos problemas con alguien. Son serios e importantes; por lo tanto, se trata de otra razón para la terapia individual.

En un contexto grupal, es esencial que el monitor hable de la diferencia entre un grupo de formación de habilidades y otro tipo de terapias. Muchos individuos buscan un grupo en el que puedan compartir sus problemas e intereses. Aunque en el grupo de formación se comparte mucho, su objetivo fundamental es la práctica de habilidades, no la última crisis de tal o cual cliente. Muchos participantes nunca han seguido ninguna terapia conductual y, mucho menos, un grupo de formación de habilidades. Mi experiencia es que, en muchos casos, no se puede llegar a transmitir del todo este mensaje. Muchos clientes han pasado por terapias no conductuales en las que han aprendido que para que se dé el cambio terapéutico se necesitan varios «ingredientes básicos», ingredientes que muchas veces no se centran en la formación de habilidades. En todos los grupos que hemos dirigido hasta ahora, uno o más clientes han expresado su descontento acerca de su incapacidad para hablar de «lo que es

realmente importante en el grupo». Cierto cliente creía que hablar de lo primero que le venía a la mente era básico para su proceso terapéutico y se negó a tomar la formación de habilidades como una forma de terapia. Como era de esperar, hubo mucha fricción en el grupo a causa de su actitud.

El requerimiento de terapia individual puede ser a veces impresionante. En nuestra experiencia, no es infrecuente que los terapeutas individuales se cansen de este tipo de clientes y decidan terminar precipitadamente la terapia con ellos. Cuando esto sucede, puede ser muy difícil encontrar un terapeuta individual dispuesto a trabajar con tales clientes, especialmente con aquellos que todavía lamentan la pérdida de su terapeuta anterior. Esto aún es más problemático cuando los clientes no se pueden pagar los altos emolumentos que cobran los profesionales con experiencia, que son los que pueden actuar con eficiencia. Desafortunadamente, muchos centros públicos andan tan escasos de personal que no pueden proporcionar psicoterapia individual. También se da el caso de que el paciente haya «quemado» a todos los centros públicos de su zona de residencia. En esas ocasiones, los formadores en habilidades se ven obligados a ejercer el papel de los terapeutas individuales (por poco tiempo) mientras ayudan al cliente a encontrar al profesional adecuado.

3. Los clientes no pueden acudir a las sesiones bajo la influencia de las drogas o el alcohol

La importancia de esta regla es evidente y por eso no nos demoramos mucho en explicarla. Sin embargo, el tema ofrece la oportunidad de hablar del dolor emocional que puede causar, la mayor parte del tiempo, el programa de formación de habilidades. Tener unas expectativas acertadas es importante para prevenir la desmoralización. Una vez más, los formadores en habilidades pueden sugerir que a medida que los clientes aprendan habilidades de regulación de las emociones, serán más capaces de enfrentarse al propio programa de formación de habilidades. Más adelante volveremos a tratar este punto por su importancia en el tratamiento de esta población.

4. Los clientes no pueden hablar de anteriores conductas parasuicidas (aunque sean muy recientes) con los otros clientes fuera de la sesión

Varias son las razones de la existencia de esta cuarta regla. Primero, uno de los objetivos más importantes de la TDC es disminuir la oportunidad de que se den conductas suicidas. Normalmente, cuando los clientes escuchan a un compañero hablar de su conducta parasuicida expresan interés, compasión y preocupación. Así como en la terapia individual los clientes no pueden llamar a sus terapeutas *después* de un acto parasuicida, tampoco en la formación de habilidades pueden llamar o comunicarse los miembros después de actos de este tipo. Mi experiencia es que las comunicaciones acerca de las conductas parasuicidas despiertan tendencias similares en los demás. Oír que uno se ha cortado o ha tomado una sobredosis de barbitúricos, produce frecuentemente una urgencia para imitarlo que puede ser difícil de resistir. Nuestros clientes de grupo suelen dar la bienvenida a esta regla. De hecho, antes de que se instituyese, los clientes se solían quejar de que después de haber logrado abandonar esas conductas, el hecho de oír hablar de ello a otro cliente les asustaba. Durante la sesión sí se puede hablar de actos suicidas o parasuicidas (aunque no se anima a hacerlo), porque ofrece la oportunidad de que los clientes examinen métodos alternativos para resolver sus problemas.

5. Los clientes que telefonean a otras personas cuando tienen tendencias suicidas deben estar dispuestos a aceptar esa ayuda

No es aceptable para un cliente llamar a alguien, decirle «Me voy a matar» y después rechazar la ayuda que esa persona le ofrece. Como se menciona en el capítulo 8 de este manual, uno de los problemas más destacados del cliente con trastorno de personalidad límite es su incapacidad para pedir ayuda. Por lo tanto, esta regla inicia el proceso de aprendizaje de cómo abordar a los compañeros para pedirles ayuda. Como la cuarta regla, ésta suele ser un alivio para los clientes. De hecho, la regla nos fue sugerida por uno de nuestros clientes de grupo. Antes de establecerla, abundaban los ejemplos de clientes que llamaban a compañeros sumidos en una gran desesperación emocional, amenazando

indirectamente con suicidarse, sacando a su interlocutor la promesa de que no iba a contar nada a nadie, para después colgar sin dar señales de que estaba mejor. El interlocutor se quedaba con un importante dilema. Si de verdad le importaba la persona que llamaba, tenía que intentar algo para salvarle la vida. Pero si así lo hacía, rompía la promesa de confidencialidad que había hecho. La desesperanza y angustia que vivía eran enormes.

Sin embargo, cuando debatimos entre todos el problema, los clientes concluyeron que si existiese una regla que prohibiese la confidencialidad, ellos dejarían de llamarse. Pero uno de los puntos fuertes de la formación de habilidades es que los miembros pueden construir una fuerte comunidad de apoyo mutuo. A veces, ellos mismos son los únicos capaces de entender sus experiencias. La solución que encontramos era hacer públicos desde el principio los deseos de autolesión y suicidio para que los miembros del grupo no se avergüencen de pedir ayuda por estas razones. Así, el que llama obtiene ayuda y el que es llamado tiene la oportunidad de practicar la búsqueda de soluciones (a los problemas en general) y encuentra una motivación para vivir. Además, tales llamadas ofrecen a los miembros del grupo una oportunidad para practicar la observación de sus propios límites sobre cuánta ayuda están dispuestos a dar.

6. La información obtenida durante las sesiones, así como los nombres de los clientes, deben ser confidenciales

La importancia de esta regla es evidente. Lo que no es tan obvio es que la regla también incluye los «chismorreos» fuera de las sesiones. La noción general aquí es que los problemas interpersonales entre los clientes son asunto sólo de las personas involucradas en ellos. Existen dos excepciones a esta regla. Primero, los clientes pueden comentarle todo lo que deseen a su terapeuta individual (esta excepción es importante para aprovechar al máximo los posibles beneficios de esa terapia). Pero, aun así, no deben revelar los apellidos de los otros clientes a no ser que sea absolutamente necesario. La otra excepción tiene que ver con el riesgo de suicidio. Si un cliente cree que otro puede suicidarse, puede y debe buscar ayuda en terceras personas.

7. Los clientes que van a llegar a larde a una sesión o faltar a ella deben llamar con antelación

La séptima regla tiene varios propósitos. Primero, es una cuestión de cortesía informar de esas incidencias a los formadores para que no esperen en vano a los que llegan tarde. Nosotros tenemos la regla de que empezamos siempre a la hora fijada, sin esperar a nadie, pero es difícil resistir la tentación de esperar cuando se tiene que hacer un anuncio importante o algo así. Y esto acaba siendo un problema cuando sólo acuden uno o dos clientes a la terapia (lo cual sucede de vez en cuando). Segundo, hace que no comparecer a las sesiones tenga el coste adicional de tener que llamar con una excusa y deja claro que es importante ser puntual. Finalmente, proporciona información acerca de por qué un cliente no puede acudir a la sesión.

Hemos de tener en cuenta que en un contexto grupal, cuando un cliente hace novillos y no avisa ni da explicaciones al respecto, los participantes (incluidos los formadores) casi siempre se preocupan acerca del bienestar del miembro ausente. El suicidio es una de las primeras explicaciones que viene a la mente de todos (aunque hasta el momento no hemos tenido ningún caso de ausencia por esa causa); otra posibilidad es el malestar emocional agudo; la hospitalización es la tercera. A veces, sin embargo, los clientes se pierden una sesión por razones que nada tienen que ver con sus problemas de personalidad. Por lo tanto, el hecho de no llamar hace que la gente se preocupe innecesariamente. Para algunos clientes, que los demás se preocupen es una novedad; para otros, esa preocupación es una fuente de apoyo emocional, lo que refuerza el que no llamen. En cualquier caso, la regla ofrece una vía para solucionar esa conducta. La presentación de la regla es una oportunidad para discutir la necesidad de cortesía y empatía con los sentimientos de los otros miembros del grupo, así como la responsabilidad de todos en la construcción de un grupo cohesionado.

8. Los clientes no pueden entablar relaciones privadas entre ellos fuera de las sesiones de formación

La palabra clave de la octava regla es «privadas». El significado de esta regla se refiere a que los clientes no pueden entablar relaciones fuera de las sesiones de las que no puedan hablar en las mismas. En realidad, la TDC anima a que los clientes se relacionen fuera de las sesiones. De hecho, el apoyo

que se pueden dar los clientes los unos a los otros con respecto a sus problemas diarios es uno de los puntos fuertes de la terapia grupal de la TDC. En este sentido nuestro modelo es similar al de Alcohólicos Anónimos y otros grupos de apoyo, en los que llamarse por teléfono, entablar relaciones personales y ofrecerse apoyo mutuo son visto como terapéuticos. Animar a que se den esas relaciones, sin embargo, tiene el riesgo de que surjan los típicos conflictos que pueden darse en cualquier relación. Para un grupo que se caracteriza por el hecho de que sus miembros suelen tener problemas interpersonales, esto puede ser una oportunidad o un problema. La clave está en poder discutir en las sesiones lo que sucede fuera de las mismas (y, si eso es muy difícil, al menos con los monitores). En la medida en que esos temas pueden ser debatidos en el grupo e integrados dentro de las tareas de aprendizaje (como aplicación de las nuevas habilidades), esas relaciones serán ventajosas. Los problemas aparecen cuando no se puede hablar de una relación: muchas veces, la situación entre dos personas se agrava y una de ellas acaba por no poder asistir a las sesiones.

La presentación de esta regla alerta a todos los miembros de que los monitores respetarán las necesidades y derechos de cada miembro por igual. Proporciona un equilibrio protector que comunica que es inaceptable que un miembro pida confidencialidad a otro. Esto es especialmente importante cuando aparecen planes de llevar a cabo conductas destructivas, cuando una persona miente en las sesiones o en otras situaciones que crean una situación insostenible para un miembro del par.

9. Las parejas que mantienen relaciones sexuales no pueden formar parte del mismo grupo de formación

Normalmente, los monitores son los encargados de asignar a los miembros de una pareja a diferentes grupos terapéuticos. Si la relación se establece una vez iniciado el programa, uno de los miembros de la pareja tendrá que abandonar el grupo. Hasta el momento se han dado dos casos y ambos crearon grandes dificultades. En un caso, el miembro que inició la relación la rompió más tarde en contra de los deseos de la otra persona, lo cual provocó que a esta última le fuese muy difícil acudir a las sesiones. En el otro, uno de los miembros fue seducido, aunque se resistió, lo que provocó mucha tensión en

el grupo. Generalmente esta regla queda muy clara para todos los miembros. Sin la regla, sin embargo, manejar una relación sexual emergente entre dos clientes es muy difícil, ya que la aplicación a posteriori de normas con sujetos con trastorno de personalidad límite es prácticamente imposible.

CAPITULO 4

APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS ESTRUCTURALES Y DE PROCEDIMIENTO EN LA FORMACIÓN DE HABILIDADES PSICOSOCIALES

Las estrategias de la TDC se pueden agrupar en cinco categorías: 1) estrategias dialécticas, 2) estrategias nucleares, 3) estrategias estilísticas, 4) estrategias de gestión de casos y 5) estrategias integradoras. Las «estrategias» son las actividades, tácticas y procedimientos coordinados que emplea un terapeuta para conseguir los objetivos del tratamiento, en este caso, la adquisición de habilidades psicosociales. Por «estrategias» también entendemos el papel del terapeuta y pueden referirse a las respuestas combinadas que éste da a un problema en particular que presenta el cliente.

Las estrategias nucleares de resolución y validación de problemas, junto con las estrategias dialécticas, forman los componentes esenciales de la TDC. Las estrategias estilísticas describen cuáles son los estilos comunicativos e interpersonales necesarios para llevar esta terapia a buen término. Las estrategias de gestión de casos especifican cómo ha de interactuar y responder el terapeuta a la red social en la que está inmerso el cliente. Las estrategias integradoras nos hablan de cómo se deben manejar las distintas situaciones problemáticas que suelen surgir cuando se trabaja con individuos con trastorno de personalidad límite, tales como problemas en la relación terapéutica, conductas suicidas, conductas que interfieren con la terapia y tratamientos auxiliares.

Las estrategias estructurales, una categoría especial de las estrategias integradoras, hacen referencia a la estructuración del tiempo de la terapia. Algunas estrategias se usarán más que otras y es posible que algunas de ellas sólo se necesiten en ocasiones excepcionales. También es probable que

algunas estrategias no sean ni siquiera apropiadas para determinada sesión y la correcta combinación de estrategias puede cambiar con el transcurrir del tiempo.

La estructuración del tiempo de tratamiento (que depende de los objetivos establecidos) es el principal factor que diferencia la formación de habilidades de la terapia individual de la TDC. En la formación de habilidades, las mismas habilidades conductuales conforman la agenda de trabajo; ya sabemos lo que vamos a hacer antes de que el cliente llegue a la sesión. En la psicoterapia individual de la TDC, la agenda de temas que se deben tratar depende de los resultados de la sesión anterior y de lo que va mostrando el cliente dentro de la sesión; se puede decir que la agenda está abierta todo el tiempo. En mi centro llevamos a cabo formación grupal, pero, como dije antes, la TDC también contempla la formación individual. (Y estoy convencida de que la psicoterapia de la TDC también puede llevarse a cabo de forma grupal, aunque todavía no he escrito ningún manual al respecto.) En este capítulo describiré cómo usar las estrategias estructurales en la formación de habilidades. (En el próximo expondré brevemente las otras estrategias principales.)

A continuación, repasaremos los procedimientos de formación de habilidades que detallo en el capítulo 11 del texto principal. En el contexto general de la TDC, los procedimientos de formación de habilidades constituyen uno de los cuatro grupos de procedimientos de cambio; los otros tres son los procedimientos de contingencia, de modificación cognitiva y de exposición. Los procedimientos de formación de habilidades, como su nombre sugiere, serán el grueso de las intervenciones en el programa de formación de habilidades. Sin embargo, y esto es importante, es imposible hacer un buen trabajo de formación de habilidades sin saber manejar los imprevistos (procedimientos de contingencia), sin la exposición de los materiales y situaciones más amenazantes (procedimientos de exposición) y sin trabajar las expectativas y creencias desadaptativas (procedimientos de modificación cognitiva). En realidad, no se puede poner en marcha un programa de formación de habilidades sin implementar todos estos procedimientos; yo los voy a separar aquí a efectos de hacer más clara la explicación. (En el próximo capítulo hablaré con más detalle de estos procedimientos y de su aplicación.)

Estrategias estructurales

Las estrategias estructurales hacen referencia a cómo se inicia y se acaba la TDC (incluidas las sesiones individuales). También describen cómo se estructura el tiempo durante el tratamiento y las sesiones individuales. Existen cinco grupos de estrategias estructurales: 1) estrategias de contrato, 2) estrategias de inicio de la sesión, 3) estrategias de selección de los objetivos, 4), estrategias de finalización de la sesión y 5) estrategias de finalización del tratamiento. Todas se describen con más detalle en el capítulo 14 del texto.

1. Estrategias de contrato

Existen seis estrategias de contrato específicas: 1) llevar a cabo una evaluación anterior al inicio del tratamiento; 2) presentar la teoría biosocial de las pautas de conducta con trastorno de personalidad límite y el papel que desempeñan las habilidades para esas conductas; 3) orientar al cliente sobre detalles de la formación de habilidades; 4) establecer el compromiso de que se va a colaborar para llevar a cabo juntos el programa; 5) valorar cuáles son los déficit específicos del cliente; y 6) empezar a desarrollar una relación terapéutica. Llevaremos a cabo estos pasos en dos ocasiones: durante las entrevistas individuales iniciales con cada cliente antes de que sean admitidos a la formación de habilidades y durante la primera sesión de cada módulo de formación de habilidades. Además, como en la TDC individual, los terapeutas tal vez deban repetir muchas de las estrategias una y otra vez a medida que avanza el tratamiento.

Sesión de pre-tratamiento individual

Todos los participantes potenciales en un programa de formación de habilidades, tanto si se trata de un programa individual o grupal, deben tener, por lo menos, un encuentro personal con el terapeuta de formación de habilidades (y con el co-formador, si se trata de un grupo) para decidir juntos si el programa es adecuado para ellos y, si es así, qué forma de tratamiento es la más apropiada. Dicha sesión debe empezar por una buena evaluación (la primera estrategia relacionada más arriba), que puede incluir una entrevista diagnóstica,

al menos para evaluar si se da el TPL, y valorar las habilidades psicosociales individuales (la quinta estrategia); esto puede hacerse formal o informalmente usando evaluaciones conductuales estructuradas. Después de esta evaluación, el terapeuta debería presentar brevemente la teoría biosocial del TPL (la segunda estrategia ya mencionada), de la que ya hemos hablado en el capítulo 1 de este manual y, en detalle, en el capítulo 2 del texto. En el programa estándar de la TDC, estos tres pasos habrán formado parte de la aceptación del tratamiento global y no necesitarán repetirse en este encuentro individual.

Es muy importante, sin embargo, exponer las otras estrategias, aunque ya hayan sido explicadas por algún miembro del equipo de tratamiento (o por el mismo administrativo encargado de las admisiones). La entrevista individual de pre-tratamiento debería orientar al cliente sobre los detalles de la formación de habilidades (la tercera estrategia citada más arriba): cómo funcionará el grupo (si hay un grupo) y el papel del cliente y del terapeuta en el tratamiento. Más adelante expondré en profundidad cómo se ha de llevar a cabo esta sesión de orientación. El terapeuta también debería decidir si la formación de habilidades, individual o grupal, es la terapia apropiada para el cliente. De ser así, el siguiente paso es que el terapeuta exprese su compromiso de trabajar con seriedad con ese cliente y pedir a su vez a éste que se comprometa a seguir el programa (la cuarta estrategia ya citada). Es muy importante que el terapeuta siga todas las guías de la TDC para obtener ese compromiso inicial; éstas se encuentran especificadas en los capítulos 9 y 14 del texto. No me cansaré de insistir en este punto. ¡Es imposible obtener demasiado compromiso! El programa de formación de habilidades no debe asumir nunca que otros terapeutas (por ejemplo el psicoterapeuta individual o el entrevistador encargado de las admisiones) ya han obtenido el compromiso necesario. La sesión de pre-tratamiento también es una buena oportunidad para empezar a desarrollar una relación terapéutica personal con el cliente (la sexta estrategia; véanse los capítulos 14 y 15 del texto para más detalles sobre el tema).

Primera sesión de formación de habilidades

Esta primera sesión ya ha sido descrita en el capítulo 3 de este manual; también se dan detalles sobre la misma (incluido qué decir, etc.) en el

capítulo 6. Como indican esos capítulos, la tercera, cuarta y sexta estrategia contractual que hemos mencionado antes se repiten en la primera sesión. Y aún más, si la formación de habilidades es grupal, los formadores deberán obtener un compromiso global del grupo, así como compromisos públicos con cada miembro individual. El razonamiento aquí es que los compromisos públicos son más potentes que los privados. Repetimos que es muy importante que se empleen todas las estrategias de compromiso que hemos expuesto en el capítulo 9 del texto.

Estrategias de inicio y de finalización de la sesión

En los capítulos 3 y 6 de este manual se describe cómo iniciar y finalizar las sesiones de formación de habilidades. Aquí los principios son los mismos que en la TDC individual, aunque en los grupos es mucho más importante acabar las sesiones de una forma estructurada. Un terapeuta que lleve a cabo la formación de habilidades de manera individual deberá seguir las guías de inicio y finalización de las sesiones del capítulo 14 del texto, aunque si existe la necesidad de enmendar dificultades de relación al principio de una sesión, se puede dedicar algún tiempo a ello. Si es posible, el terapeuta debería ayudar al cliente a usar sus estrategias de tolerancia al malestar (véase el capítulo 10 de este manual) para distraerle de la necesidad de hablar del asunto, llevar a cabo la formación y volver sobre el tema en el próximo encuentro de psicoterapia individual.

Estrategias de finalización

Es muy importante recordar que la finalización del programa de formación de habilidades de un año de duración, incluso en un contexto grupal, puede resultar tan difícil para clientes y terapeutas como el cierre de una relación psicoterapéutica individual intensa. Y esto es muy fácil de olvidar. En apariencia, puede parecer que el vínculo en el grupo no es tan fuerte. Por mi experiencia puedo decir que los que están más familiarizados con la terapia individual (que con la de grupo) tienden a subestimar el grado de vinculación de los miembros del grupo, entre ellos, de cada uno de ellos con el grupo como entidad y con los monitores. Los terapeutas deben prestar la misma atención a la finalización de este programa como al de las otras formas de terapia, es decir,

al cierre de las terapias individuales. A ese respecto, se deben usar todas las estrategias expuestas en el capítulo 14 del texto. En el capítulo 6 de este manual se describen los pasos que hay que seguir para finalizar los módulos de formación de habilidades.

Estrategias de selección de los objetivos

Las estrategias de selección de objetivos en la TDC están relacionadas con la estructuración del tiempo durante las sesiones de formación de habilidades y qué temas han de recibir atención. Estas estrategias fueron desarrolladas para reflejar el énfasis que pone la TDC en la organización jerárquica de los objetivos de tratamiento y para asegurar que el terapeuta atiende a ese ordenamiento jerárquico, tan necesario en la TDC. Implementar estrategias de selección de objetivos requiere una integración de casi todas las estrategias de tratamiento de la TDC. La primera fase de la TDC puede ser extremadamente difícil (véase el capítulo 6 del texto para una exposición de las fases), porque a menudo ambos, clientes y terapeutas, no quieren atender a la formación de habilidades. Trabajar el proceso terapéutico, tener conversaciones «cara a cara» y resolver crisis reales puede ser más reforzante (para clientes y terapeutas) que simplemente trabajar las habilidades psicosociales.

En los capítulos 5 y 6 del texto se describe con detalle la lógica de la selección de objetivos, así como sus objeciones y dificultades. Vale la pena repetir aquí, sin embargo, que un terapeuta que ignora las estrategias de selección de objetivos no está llevando a cabo una formación de TDC. Esto es, en la TDC es igualmente importante lo que se trata que cómo se trata. Si el cliente no consigue atenerse a las estrategias de selección de objetivos, deberemos tratar el tema como si de cualquier otro problema fundamental se tratase (véase el capítulo 15 del texto, donde se habla del protocolo ante conductas que interfieren en la terapia). Si un terapeuta se encuentra con problemas para seguir las estrategias de selección de objetivos (algo que no deja de ser probable) debería tratar el tema en el próximo encuentro de supervisión/consulta que tenga. (El capítulo 13 del texto trata del papel que desempeñan tales en encuentros en la TDC.)

Puesto que ya expuse con detalle la lógica de la selección de objetivos en el texto, no volveré a tratar el tema aquí. Los objetivos son, por orden de importancia: 1) detener las conductas que probablemente destruirán la terapia, 2) adquirir habilidades para después reforzarlas y generalizarlas y 3) reducir las conductas que interfieren en la terapia. Las prioridades de los objetivos indican qué es lo más importante en cada sesión; en realidad, ellas confeccionan la agenda. La agenda de la adquisición, refuerzo y generalización de habilidades se halla descrita en los capítulos 6 a 10 de este manual. Es obvio que estos temas son fundamentales en la formación de habilidades, pero si aparecen conductas que ponen en peligro el tratamiento, pueden y deben dejarse de lado, para una persona específica o para el grupo en general. A diferencia de la psicoterapia individual de la TDC, las conductas que ralentizan el progreso en terapia (más que amenazar con destruirla) son las últimas en vez de las segundas en la jerarquía.

Una comparación de esta jerarquía con la jerarquía de la TDC en general y para la psicoterapia individual (descrita en los capítulos 5 y 6 del texto) pone de manifiesto el papel de la formación de habilidades en el esquema general de las cosas. Un terapeuta que lleve a cabo la psicoterapia individual y la formación de habilidades debe tener muy claro qué objetivos tienen prioridad en las diferentes modalidades de tratamiento. En resumen, en la TDC es fundamental mantener la distinción entre modalidades de tratamiento.

Detener conductas que podrían destruir la terapia

El objetivo de mayor prioridad es detener las conductas de los clientes que ponen en peligro la continuación de la terapia. La conducta tiene que ser una amenaza *muy seria* para ser considerada tan prioritaria. La razón de su relevancia es obvia: si se destruye la terapia, no se podrán conseguir los demás objetivos. La meta es, por lo tamo, mantener con vida el mismo programa de formación de habilidades. En este objetivo se incluye detener las conductas violentas, como arrojar objetos, aporrear las cosas armando un escándalo (o destruyéndolas) y golpear o insultar a los otros clientes durante las sesiones. (Los ataques verbales a los terapeutas no son considerados como conducta destructora de la terapia.) Tampoco se permiten los actos parasuicidas

(por ejemplo cortarse o arañarse las muñecas, sacarse costras para provocarse un sangrado, tomar medicación en exceso) ni las conductas relacionadas con crisis suicidas (por ejemplo amenazar con suicidarse de una manera creíble y desorganizar así la sesión) durante las sesiones de grupo (incluidos los descansos). También se incluyen aquí las conductas que impiden que nadie se pueda concentrar o escuchar lo que se dice (por ejemplo gritar, llorar de forma histérica, gemir en voz alta o hablar constantemente fuera de turno). A veces, puede ser tan importante un problema interpersonal entre los miembros de un grupo o entre miembros y monitores o un problema estructural en la manera en que se da la formación de habilidades, que si no se remedia el programa se puede ir al garete. También es posible que un miembro no pueda volver porque haya tenido un choque con otro participante, se le haya herido emocionalmente, esté muy desesperanzado o algo similar. En esos casos se hace prioritario poner remedio al problema. El terapeuta puede tratarlos telefónicamente o incluso en la misma sesión.

Cuando se da un suicidio en uno de los grupos, nosotros interrumpimos las sesiones durante varias semanas para que el grupo procese sus sentimientos acerca del suceso.

Al final, se considera un objetivo absolutamente prioritario tratar una rebelión de los clientes en contra de los terapeutas (como también lo es una rebelión de los terapeutas en contra de los clientes).

El objetivo de la formación de habilidades es detener las conductas destructoras de la terapia y reparar las velas rotas del barco terapéutico tan rápida y eficazmente como sea posible. El resto de impedimentos de la terapia se dejarán para que los trate el psicoterapeuta individual. (Las conductas que interfieren en cualquier modalidad de la TDC se considera que interfieren en la terapia desde el punto de vista del terapeuta individual de la TDC.) Aunque se puede aprovechar la presencia de conductas destructivas para enseñar a los clientes temas como regulación de emociones, efectividad interpersonal, tolerancia al estrés o habilidades de conciencia, especialmente para reducir sus conductas destructivas, tal vez necesario poner en marcha otras

estrategias (por ejemplo, utilización de contingencias aversivas) para controlar esas conductas con la celeridad requerida.

Cuando tenga lugar una crisis suicida (lo que por definición sugiere que puede haber un suicidio inminente), los terapeutas de formación de habilidades llevarán a cabo una intervención mínima (lo estrictamente necesario) y pasarán enseguida el problema al terapeuta individual. Los formadores en habilidades no prestarán atención a los actos parasuicidas, excepto para determinar si son necesarios cuidados médicos inmediatos. «Recuerde decirle a su terapeuta» es la respuesta modelo. Otra excepción, como se indicó antes, es que esas conductas constituyan un impedimento para la continuación de la terapia para los otros miembros del grupo. En ese caso, las trabajaremos en la misma sesión grupal. El principio general para tratar este tipo de actos es que todos los terapeutas (a excepción del terapeuta individual) traten al cliente como un estudiante que se porta mal en la escuela. En esos casos, lo que se suele hacer es llamar al pariente más cercano (es decir, al terapeuta individual). Si el formador es también el terapeuta individual, tendrá la misión de hablar con el cliente problemático, pero siempre fuera *de las sesiones de formación de habilidades. A menos que sea imposible, la formación de habilidades no debería detenerse para atender a una crisis suicida.*

La atención a la ideación y comunicaciones suicidas durante la formación de habilidades está limitada a ayudar al cliente a imaginarse cómo aplicar las habilidades de la TDC que le están enseñando a los pensamientos y sentimientos suicidas. Durante la formación de conciencia, se puede poner el énfasis en la observación y descripción del impulso de tener pensamientos suicidas o actos parasuicidas. Durante la formación de tolerancia al malestar, se puede insistir en el tema de tolerar el dolor o usar habilidades de intervención ante las crisis para manejar la situación. Durante la formación de regulación de emociones, el énfasis puede estar en observar, describir e intentar cambiar las emociones relacionadas con urgencias suicidas. Cuando se trabaje con la efectividad interpersonal, se puede subrayar la enseñanza de asertividad (la capacidad para decir no o pedir ayuda con efectividad). Usaremos la misma estrategia cuando el cliente hable de sus crisis vitales, los problemas que interfieren en su calidad de

vida o hechos traumáticos anteriores. Cada una de estas pequeñas intervenciones suele ser de ayuda.

Adquisición, refuerzo y generalización de habilidades

Con muy pocas excepciones, la mayor parte del tiempo de formación se dedicará a la adquisición, refuerzo y generalización de las habilidades psicosociales de la TDC: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar. Incluso teniendo lugar conductas destructoras de la terapia, la mejor estrategia es ignorarlas y concentrarse con resolución en lo que corresponda según el orden del día. Ésa será casi siempre la estrategia empleada con las conductas menos serias que interfieren en la terapia. Para los sujetos con trastorno de personalidad límite, la práctica activa o el uso de habilidades conductuales son cosas extraordinariamente difíciles ya que esto requiere que el paciente se salga de su pauta de pasividad activa. Por lo tanto, si la conducta pasiva obliga al formador a cambiar su centro de atención a un miembro en concreto (en un contexto grupal) o a iniciar un debate sobre los sentimientos del cliente (o por qué no quiere participar), esto podría estar reforzando la conducta (la pasividad) que el programa está intentando reducir. A veces se trata simplemente de que los formadores den una pequeña ayuda a los clientes que pasan por momentos difíciles en la formación; tal enfoque, sin embargo, requiere que los formadores estén muy seguros de sus valoraciones conductuales. La clave está en ser estratégico y no simplemente insensible.

Conductas que interfieren en la terapia

Las conductas que interfieren en la terapia, pero que no la van a destruir, no son algo a lo que se atienda de forma sistemática en la formación de habilidades. Esta decisión se basa fundamentalmente en el hecho de que si las conductas que interfieren en la terapia fuesen un objetivo prioritario, los formadores no podrían acabar nunca con el programa establecido. La formación de habilidades no hace referencia al mismo proceso terapéutico, a no ser que aparezca una oportunidad para enseñar y practicar las habilidades que corresponden en ese momento. Por lo tanto, las conductas que interfieren en la terapia son generalmente ignoradas, salvo que pongan realmente en peligro el

programa o exista la oportunidad de practicar las habilidades que se están enseñando en ese momento. Como mucho, los formadores comentarán esas conductas de manera que comuniquen la conveniencia de cambiarlas, expresando al mismo tiempo al cliente que se puede dedicar muy poco tiempo a problemas no relacionados con las habilidades enseñadas. Por lo tanto, muchas veces se ignorarán cosas como la pasividad dependiente del estado de ánimo, la agitación, dar vueltas por la sala, garabatear, sentarse en posiciones extrañas, intentar discutir su crisis semanal, la hipersensibilidad a las críticas y la ira hacia los otros clientes. El cliente es tratado (ingeniosamente, a veces) como si no llevase a cabo las conductas disfuncionales que presenta.

Como ya hemos adelantado, en otras ocasiones el formador puede instruir a un cliente para que intente aplicar sus habilidades sociales al problema que presenta en ese momento. Por ejemplo, si un cliente se enfada y amenaza con marcharse puede ser instruido para que intente practicar sus habilidades de tolerancia al estrés o sus habilidades de control de su ira. A un cliente que está encerrado en sí mismo, disociando o hiperactivo, se le puede pedir que practique sus habilidades de conciencia (atender a la actividad del momento presente). La clave está en que si los formadores permiten que las sesiones se centren en las crisis que van apareciendo, incluidas las conductas suicidas o que interfieren en la calidad de vida, el programa seguramente tendrá sus días contados.

Como ya se ha comentado en el capítulo 3 de este manual, existe un periodo de 15 minutos al final de cada sesión dedicado a relajar y oxigenar la misma. Este tiempo puede servir para observar las conductas que interfieren en la terapia o, lo que es más importante, hacer algo para evitarlas. En la medida en que todo el mundo tenga posibilidad de hacer una observación, este tiempo puede usarse como proceso terapéutico. Una de las ventajas de un periodo de observación y cierre es que proporciona el tiempo y el lugar para tratar las conductas que interfieren en la terapia. (En el capítulo 3 se advierte sobre algunos problemas que puedan surgir en este periodo.)

Objetivos de la formación de habilidades y de las fichas de control diario

Tanto los terapeutas individuales como los formadores necesitan saber cómo progresan los clientes (o cómo no lo hacen) entre sesiones. Nosotros usamos una serie de técnicas de recogida de datos al respecto. Primero, en el dorso de las fichas de control diario (figura 4.1; véase el capítulo 6 del texto para una descripción de las fichas de control diario) se han relacionado una serie de habilidades (las más importantes) del programa. Al lado, hay un espacio para que el cliente anote si ha practicado tal o cual habilidad durante la semana. Todas las semanas, el cliente debe traer su tarjeta a las sesiones de formación de habilidades. Además, cada módulo de formación de habilidades tiene su propio conjunto de fichas de control diario; éstas se entregarán a los clientes cuando sea necesario. El inicio de cada sesión de formación de habilidades está dedicado a una revisión individual con cada cliente de sus esfuerzos a la hora de practicar sus habilidades durante la semana anterior. Si el cliente no trae la tarjeta o si informa de que no ha practicado, se entiende que existe un problema de autogestión y así se analiza el caso. Siempre intentaremos enmarcar el problema dentro de las habilidades que se están enseñando en ese momento.

Terapia dialéctica conductual
FICHA DE CONTROL DIARIO

Nombre:	Fecha de inicio:

Fecha	Alcohol		Medicación sin receta		Medicación prescrita		Drogas ilícitas		Ideación suicida (0-5)	Tristeza (0-5)	Autolesiones						Habilidades usadas (0-7)*
	#	Especificar	#	Especificar	#	Especificar	#	Especificar			Impulso (0-5)	¿Se ha intentado? Sí/no					
Lun.																	
Mar.																	
Miér.																	
Juev.																	
Vier.																	
Sáb.																	
Dom.																	

0 = No se pensó ni se usó ninguna habilidad.
1 = Se pensó en ellas, pero no se usaron porque no se quiso.
2 = Se pensó en ellas, pero no se usaron, aunque uno quería aplicarlas.
3- Se intentó llevarlas a cabo, pero no se pudo.
4 = Se intentó, se pudieron llevar a cabo, pero no fueron de ayuda.
5- Se intentó, se pudieron llevar a cabo y fueron de ayuda.
6- Se usaron, pero no fueron de ayuda.
7 = Se usaron y fueron de ayuda.

FICHA DE CONTROL DIARIO DE LAS HABILIDADES

INSTRUCCIONES: dibuje un circulo sobre los días en que ha usado cada una de las siguientes habilidades.

1. Mente sabia	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
2. Observar: sólo darse cuenta	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
3. Describir: poner en palabras	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
4. Postura no sentenciosa (no juzgar)	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
5. Unicidad mental: estar en el presente	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
6. Efectividad: centrarse en lo que funciona	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
7. Efectividad en la consecución de los objetivos	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
8. Efectividad en las relaciones	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
9. Efectividad de respeto personal	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
10. Reducir la vulnerabilidad	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
11. Aumentar la competencia	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
12. Construir experiencias positivas	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
13. Actuar de manera opuesta a la emoción actual	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
14. Distraerse	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
15. Proporcionarse estímulos positivos	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
16. Mejorar el momento	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.
17. Pensar en los pros y contras	Lun.	Mar.	Miér.	Juev.	Vier.	Sáb.	Dom.

Objetivos conductuales durante las llamadas telefónicas

En la TDC estándar, al principio del tratamiento se dice a los clientes que las únicas llamadas que se pueden hacer a los terapeutas de formación de habilidades son para obtener o dar información que no puede esperar (por ejemplo, hacer saber a un formador que no se va a acudir a la siguiente sesión). También se admiten las llamadas que puedan resolver conflictos interpersonales importantes, pero sólo aquellos que le impidan al cliente volver a otra sesión hasta que se resuelva el conflicto. La razón de esta limitación es que en una formación grupal (como las que hacemos en nuestro centro), si los formadores aceptasen las llamadas de todos los miembros seguramente la cantidad de éstas sería abrumadora. Además, las llamadas inesperadas contravienen la actitud de atención grupal que debe tener el formador. Por lo tanto, la filosofía del formador ante estas llamadas debe ser la de intentar mantener sus propios límites como terapeuta grupal.

Métodos y procedimientos de enseñanza de la formación de habilidades

Durante la formación de habilidades, y más generalmente durante toda la TDC, los terapeutas deben insistir, en toda oportunidad que se les presente, en que los clientes lleven a cabo la adquisición y práctica de las habilidades necesarias para sobrellevar la vida tal como es. En otras palabras, deben retar directa, forzada y reiteradamente el estilo pasivo de resolución de problemas del individuo con trastorno de personalidad límite. Los métodos y procedimientos descritos abajo pueden ser aplicados por todos los terapeutas de la TDC, en todas las modalidades de tratamiento, siempre que se consideren apropiados. En los módulos estructurados de formación de habilidades se aplican de una manera formal.

Existen tres tipos de procedimientos de formación de habilidades: 1) adquisición de habilidades (por ejemplo instrucciones, modelado), 2) refuerzo de habilidades (por ejemplo ensayo conductual, feedback) y 3) generalización de habilidades (por ejemplo deberes, debate sobre similitudes y diferencias en diferentes situaciones). En la adquisición de habilidades, el terapeuta enseña nuevas habilidades. En el refuerzo y generalización de habilidades, el terapeuta intenta perfeccionar las habilidades aprendidas e incrementar la probabilidad de que la persona use las conductas en diversas situaciones relevantes. Tanto el refuerzo como la generalización de habilidades, a su vez, requieren la aplicación de procedimientos de contingencia, exposición y/o modificación cognitiva. Es decir, cuando el terapeuta está seguro de que una pauta de respuesta en particular se halla dentro del repertorio actual del cliente, se aplican otros procedimientos para incrementar las conductas efectivas de éste en su vida diaria. Esta insistencia en que el cliente aprenda por sí mismo es lo que diferencia a la TDC (y, en general, a las terapias cognitivo-conductuales) de muchos enfoques psicodinámicos para tratar a clientes con trastornos de personalidad límite. Algunos procedimientos de formación de habilidades, sin embargo, son virtualmente idénticos a aquellos que se usan en la psicoterapia de apoyo. Los objetivos de la formación de habilidades están determinados por los parámetros de la TDC; el énfasis de ciertas habilidades sobre otras está determinado por el análisis conductual de cada caso individual.

Orientar y obtener el compromiso en la formación de habilidades: perspectiva general de la tarea

La orientación es una manera de «vender» las nuevas conductas y procedimientos a los clientes. La formación de habilidades es viable sólo si el cliente colabora activamente con el programa de tratamiento. Algunos clientes tienen, además del déficit de habilidades correspondiente, un intenso miedo a adquirir nuevas habilidades. En este caso puede ser útil señalarles que aprender una nueva habilidad no significa tener que usarla. Esto es, una persona puede adquirir una habilidad y después decidir en cada situación si desea usarla o no. A veces los clientes no quieren aprender nuevas habilidades porque sienten que nada les podrá ayudar. A mí me ha sido útil indicarles que las habilidades que estoy enseñando fueron eficaces para mí y para otras personas que conozco. Sin

embargo, un formador en habilidades no puede probar con antelación a un cliente que las habilidades van a ayudarle.

Antes de enseñar una nueva habilidad, el formador debería explicar la lógica general de la misma (o sacársela al cliente al modo socrático), el porqué de una habilidad en particular o de un grupo de habilidades. A veces, esto sólo puede requerir un comentario o dos y en otras ocasiones una exposición exhaustiva. En algún momento, el formador en habilidades también deberá explicar la lógica de sus métodos de enseñanza, esto es, la lógica de los procedimientos de formación de habilidades de la TDC.

Lo más importante es decir y repetir tanto como sea necesario que el aprendizaje de nuevas habilidades requiere práctica, práctica y práctica. Y tanto o más importante es que la práctica debe tener lugar en situaciones donde se necesitan las habilidades. Si esto no queda claro al cliente, difícilmente aprenderá nada nuevo.

Adquisición de habilidades

Los procedimientos de adquisición de habilidades tienen que ver con la corrección de los déficits de la persona. A diferencia de otros enfoques, la TDC no asume que todos (ni siquiera la mayoría de), los problemas de los sujetos con trastorno de personalidad límite son de naturaleza motivacional. Por eso, si se detecta que existe un déficit de habilidades en un área de la vida de una persona (y para ello se efectúa una evaluación al respecto), se intenta que ésta adquiera dichas habilidades. En ocasiones, en lugar de los modos de evaluación tradicionales, el terapeuta emplea procedimientos de adquisición y después observa cualquier cambio consecuente en la conducta.

Una nota sobre la evaluación de habilidades

Con los clientes con trastorno de personalidad límite puede ser muy difícil saber si son incapaces de hacer algo o si son capaces pero se inhiben emocionalmente o están limitados por factores ambientales. Aunque dilucidar esto es difícil con cualquier población, con los sujetos con trastorno de personalidad límite puede serlo todavía más, debido a su incapacidad para analizar su conducta y habilidades. Por ejemplo, frecuentemente confunden el hecho de

estar asustado ante la idea de hacer algo con no ser *capaces* de hacerlo. Además, a menudo existen contingencias poderosas que les impiden admitir que tienen esas capacidades conductuales. (En el capítulo 10 del texto se habla con detalle de estas contingencias.) Los clientes pueden decir que no saben cómo se sienten o qué piensan o que no pueden encontrar las palabras para expresarse y en realidad lo único que les pasa es que están asustados. No se atreven a expresar sus pensamientos y sentimientos. Como muchos dicen, no quieren ser vulnerables. A algunos clientes sus familias u otros terapeutas les han enseñado a ver que sus problemas son de base motivacional y entonces o se creen enteramente la historia (y piensan que su problema es que pueden hacer algo pero no quieren hacerlo) o se han rebelado contra ella por completo (y entonces no contemplan la posibilidad de que los factores motivacionales puedan ser tan importantes como los relacionados con las habilidades). En el próximo capítulo hablaremos con más profundidad de estos problemas terapéuticos.

Algunos terapeutas responden a las afirmaciones de los clientes respecto a que no pueden hacer nada con una respuesta igualmente polarizada: pueden si quieren. Para estos profesionales, el hecho de decir que uno no actúa correctamente porque no sabe se considera oponer una resistencia (o, al menos, como algo que está determinado por motivos que desconocemos). Muchos creen que dar consejos, hacer sugerencias o enseñar nuevas conductas es fortalecer la dependencia y necesidad de gratificación de estos clientes, lo cual entorpece la práctica de una terapia «real». Otros terapeutas, por supuesto, caen en la trampa de creer que los clientes no pueden hacer casi nada. A veces incluso van más lejos al creer que los clientes son incapaces de aprender nada nuevo, ninguna conducta efectiva. Para esos terapeutas, la aceptación, los cuidados y la intervención ambiental comprometen el arsenal de intervenciones que intentan desplegar. No es sorprendente que cuando estas dos orientaciones coexisten dentro del equipo de tratamiento de un cliente, aparezca el conflicto y se divida el personal. Nuestro enfoque dialéctico sugiere que se busque una síntesis, tal como señalé en el capítulo 13 del texto.

Para averiguar si una pauta conductual está dentro del repertorio de un cliente, el formador en habilidades tiene que idear una manera de crear las circunstancias ideales para producir tal conducta. Para las conductas

interpersonales, una aproximación a ello es el role playing durante la sesión de formación de habilidades o, si el cliente lo rechaza, pedirle que indique qué diría en una situación en particular. Otra alternativa es que un cliente ayude a otro durante el role playing. Frecuentemente me sorprendo de encontrar personas que parecen muy dotados a nivel interpersonal pero que no pueden dar respuestas razonables a ciertas situaciones de role playing, mientras que personas que parecen pasivas, dóciles y poco dotadas son bastante capaces de responder con habilidad si el role playing resulta suficientemente cómodo para ellas. Al analizar la tolerancia al malestar, el formador puede preguntar qué técnicas usa el cliente o piensa que pueden ser de ayuda para tolerar una dificultad o situaciones estresantes. A veces la regulación de emociones se puede evaluar interrumpiendo un intercambio y pidiendo al cliente que vea si puede cambiar su estado emocional. Las habilidades de autogestión y conciencia se analizan observando la conducta del cliente durante las sesiones, especialmente cuando no es el centro de atención, y cuestionándole acerca de su conducta diaria.

Si el cliente produce una conducta, el formador en habilidades sabe que éste la posee en su repertorio. Sin embargo, si no lo hace el formador no puede estar seguro de si la posee o no; como en la estadística, no hay manera de comprobar la hipótesis nula. Cuando dudamos es más seguro, por si acaso, llevar a cabo los procedimientos de adquisición de habilidades. Por ejemplo, muchas veces tanto las instrucciones como el modelado (los principales procedimientos de adquisición de habilidades; véase más adelante) pueden funcionar porque otorgan al cliente el «permiso» individual para comportarse así y reducen las inhibiciones, más que porque se añaden al repertorio de conductas individuales.

Instrucciones

Las instrucciones son descripciones verbales de los componentes de la respuesta que hay que aprender. Pueden ir de guías generales («Cuando reestructure su pensamiento, asegúrese de comprobar qué probabilidades hay de que ocurran consecuencias desastrosas») a sugerencias muy específicas de lo que debe hacer el cliente («Cuando tenga una urgencia incontrolable de hacer algo, mantenga en la mano un trozo de hielo durante 10 minutos») o pensar («Dígase

una y otra vez: "Puedo hacerlo»). En un grupo se pueden presentar las instrucciones con la ayuda de una pizarra planteándolas como hipótesis que cabe considerar, como tesis y antítesis o extrayéndolas con el método socrático. En todo caso, el terapeuta nunca debe infravalorar la capacidad de los sujetos para comportarse eficientemente o para aprender una habilidad. Las fichas de la formación de habilidades que ofrezco al final de este libro proporcionan instrucciones escritas sobre el particular.

Modelado

Los clientes pueden aprender el modelado de los terapeutas, de otros clientes, de otras personas del entorno del cliente o de grabaciones en cintas magnetofónicas, cintas de vídeo, películas o material impreso. Cualquier procedimiento que dé al cliente ejemplos de respuestas alternativas apropiadas es una forma de modelado. La ventaja de un formador en habilidades es que puede confeccionar a medida los materiales del modelado según las necesidades del cliente.

Existen varias maneras de modelar la conducta. El role playing dentro de la sesión (con el formador como participante) puede servir para demostrar la conducta interpersonal apropiada. Cuando aparecen situaciones entre formador y cliente que se parecen a lo que éste puede encontrar en la vida real, el formador aprovechará para modelar las respuestas eficientes. El formador también puede usar el diálogo consigo mismo (en voz alta) para modelar frases de autoafirmación, darse instrucciones o reestructurar una situación o creencia problemática. Por ejemplo, puede decir: «Bien, esto es lo que yo me diría en esta situación: "Estoy agobiado. ¿Qué es lo primero que hago cuando estoy agobiado? Divido la situación en pasos y hago una lista. Entonces resuelvo lo primero de la lista». Contar anécdotas, hechos históricos o ejemplos alegóricos (véase el capítulo 7 del texto) puede ser útil para demostrar estrategias vitales alternativas. Finalmente, también se usa la autorrevelación para modelar conductas adaptativas, en especial si el formador en habilidades se ha encontrado con problemas vitales similares a los que tiene el cliente en estos momentos. En el capítulo 12 del texto se habla con detalle de esta táctica. Se recomienda que

se preste mucha atención a la guía que ofrecemos en el texto para ponerla en práctica.

Por supuesto, todas las técnicas de modelado descritas arriba se pueden usar en un contexto grupal. En ese caso, los participantes pueden mostrarse las conductas apropiadas los unos a los otros. Lo ideal es que uno de los participantes se ponga frente al grupo y haga una demostración de cómo manejar tal o cual situación con eficiencia. Cuanto más cómodos estén los miembros de un grupo entre sí y con el monitor principal, más fácil será inducirles a actuar como modelos. El humor y los halagos pueden ser de gran ayuda.

Además del modelado dentro de la sesión, también puede ser útil que los clientes observen la conducta y las respuestas de personas competentes en su propio entorno. Después pueden compartir esa información con sus compañeros para que todo el mundo las practique. Las fichas de trabajo de la formación de habilidades (véanse al final de este manual) proporcionan ejemplos de cómo usar habilidades específicas. Otra fuente de conductas modelo son las biografías, autobiografías y novelas acerca de gente que ha tenido y superado problemas similares. No nos olvidemos, por último, que siempre es importante hablar con los clientes sobre las conductas que se están enseñando para aseguramos de que las entienden bien.

Consolidar las habilidades

Una vez que se han adquirido las conductas apropiadas, las trabajamos para acabar de darles forma, perfeccionarlas e incrementar su probabilidad de uso. Sin esa consolidación práctica, no se puede aprender una habilidad; no nos cansaremos de insistir en este punto ya que la práctica de las habilidades, y sólo la práctica, es lo que hará que se invierta la tendencia del sujeto con trastorno de personalidad límite a actuar con un estilo conductual pasivo.

Ensayo conductual

El ensayo conductual es cualquier procedimiento con el que el cliente practica las respuestas que tiene que aprender. El ensayo puede realizarse

interaccionando con los formadores o con los demás clientes, en situaciones simuladas o en vivo. En principio se puede practicar cualquier conducta: secuencia verbal, acción no verbal, pauta de pensamiento o de resolución de problemas cognitivos y algunos componentes de respuestas psicológicas y emocionales.

La práctica puede ser abierta o encubierta. La práctica abierta se produce, por ejemplo en un contexto grupal, cuando los miembros de un grupo representan situaciones problemáticas (role playing), entre sí o con los monitores, y se ensaya la respuesta apropiada. Otro tipo de práctica abierta es hacer ejercicios de relajación para aprender a controlar respuestas fisiológicas. Para aprender habilidades cognitivas se puede pedir a los clientes que verbalicen autoafirmaciones. En el caso concreto de la reestructuración cognitiva, se les puede pedir que verbalicen y examinen primero cualquier creencia, regla o expectativa disfuncional que despierte una situación problemática para después reestructurar esas creencias generando autoafirmaciones, reglas, etc. En las sesiones grupales podemos hacer uso de las fichas destinadas a ello: los clientes escriben las respuestas para después compartirlas con el grupo. La práctica encubierta —esto es, practicar de forma imaginaria —también puede ser una forma efectiva de refuerzo de habilidades. De hecho, para las habilidades cognitivas complejas suele ser el método más efectivo, así como cuando el cliente se niega a ensayar de forma abierta. Cuando se practica la regulación de las emociones nos encontramos con que la «conducta emocional» no se puede practicar directamente. Es decir, los clientes no pueden practicar el enfado, la tristeza o la diversión. En vez de eso, tienen que practicar componentes específicos de las emociones (cambiar expresiones faciales, generar pensamientos que producen o inhiben emociones, cambiar la tensión muscular, etc.). En mi experiencia, a los sujetos con trastorno de personalidad límite raramente les gusta el ensayo conductual, en especial si lo han de hacer delante de otras personas. Por lo tanto, les tendremos que engatusar de alguna manera para que lo hagan. Si un cliente no desea hacer un role playing de una situación interpersonal, por ejemplo, el formador puede intentar sacarle los diálogos («¿Qué dirías tú entonces?»), o intentar practicar sólo una parte de la habilidad para que no se sienta tan molesto con ello. Lo fundamental es que, para ser diferente, se debe practicar actuando de otra manera. A algunos terapeutas

tampoco les gusta el ensayo conductual, especialmente cuando requiere que hagan un *role playing* con los clientes. Para los terapeutas tímidos o incómodos ante ello, la mejor solución es practicar con los miembros del equipo de consulta o supervisión. A veces, los formadores no quieren llevar a cabo el *role playing* porque no desean obligar a los clientes a ensayar. Esos terapeutas deben tener en cuenta que hay mucha investigación que demuestra que el ensayo conductual está relacionado con la mejora terapéutica (véase, por ejemplo, Linehan, Goldfried y Goldfried, 1979).

Refuerzo de respuestas

El refuerzo de respuestas por parte del terapeuta es uno de los métodos más potentes de modelado y refuerzo de conductas, tanto para sujetos con trastorno de personalidad límite como para suicidas. Frecuentemente, tales personas han vivido en ambientes en los que se ha usado el castigo en demasía. Muchas veces lo que esperan del mundo es ese tipo de interacción y, de hecho, ellos mismos se aplican estrategias autopunitivas para intentar modular su propia conducta. A la larga, el refuerzo positivo de los terapeutas puede modificar la imagen que tienen de sí mismos, incrementar el uso de sus conductas adaptativas y aumentar su sensación de que pueden controlar su vida. Uno de los beneficios que tiene la terapia grupal frente a la individual es que cuando un formador refuerza abierta y activamente una conducta adaptativa de un miembro del grupo, al mismo tiempo está reforzando la del resto de los miembros de forma vicaria. Además, la terapia grupal puede ser muy efectiva cuando los miembros del grupo se acostumbran a reforzarse las conductas adaptativas los unos a los otros.

En el capítulo 10 del texto se detallan las técnicas para proporcionar el refuerzo apropiado. Esos principios son muy importantes y deben ser repasados una y otra vez a lo largo del programa. Cabe subrayar que los formadores han de estar atentos para detectar las conductas de los clientes que representan una mejoría, incluso cuando éstas sean incómodas para ellos y los participantes. Por ejemplo, lo que no es terapéutico es enseñar a los clientes ciertas habilidades personales para interactuar con sus padres y después castigarles o ignorar esas mismas habilidades cuando las usan en la sesión de

formación. Como tampoco lo es animarles a que piensen por sí mismos, pero después castigarles o ignorarles cuando están en desacuerdo con el formador. Hacer hincapié en que «no encajar» en todas las circunstancias no es un desastre y que se puede tolerar el malestar para después no tolerar a los clientes cuando éstos no se atienen a lo que se espera de ellos es, una vez más, contraproducente.

Feedback y atesoramiento

Dar feedback, o retroalimentación, a una respuesta es proporcionar información a los clientes acerca de su desempeño. El feedback debería hacer referencia sólo al desempeño, no a los motivos que presumiblemente conducen al desempeño. Este punto es muy importante. Uno de los desafortunados factores en la vida de muchos individuos con trastorno de personalidad límite es que la gente raramente les da feedback acerca de su conducta o, lo que es peor, que ese feedback no está libre de interpretaciones acerca de sus supuestos motivos e intenciones. Cuando estos motivos no encajan, los individuos suelen rechazar todos los comentarios acerca de su conducta. El feedback debería atenerse a lo conductual; esto es, hay que decir exactamente al cliente qué es lo que está haciendo que parece indicar que el problema sigue igual o que ha mejorado. Decir a los clientes que manipulan, que expresan una necesidad de control, que exageran, que son muy dependientes o que actúan, no es de ninguna ayuda, especialmente si no hay referentes conductuales para esas inferencias motivacionales. De hecho, ésta es la causa de muchas discusiones que existen entre clientes y terapeutas. En el capítulo 9 del texto se detalla el papel de la interpretación en la TDC.

El formador en habilidades debe estar atento a la conducta del cliente (dentro de las sesiones o la que relata) para seleccionar aquellas a las que hay que dar feedback. Al principio de la formación puede parecer que el cliente tiene muy pocas conductas positivas, pero no por eso nos debemos centrar en todo lo negativo. Demasiado feedback, en este punto, puede ser abrumador y descorazonador. Lo correcto es usar, entonces, un paradigma de modelado de respuestas (del que se habla en el capítulo 10 del texto), con feedback,

instrucción {coaching) y refuerzo, lo cual nos conducirá paulatinamente al objetivo que perseguimos, esto es, a un desempeño efectivo.

Los sujetos con trastorno de personalidad límite frecuentemente desean que les hagan comentarios sobre su conducta, pero al mismo tiempo son muy sensibles al feedback negativo. La solución es aderezar el feedback negativo con feedback positivo. En todo caso, lo que no les hace ningún favor es no darles ningún feedback negativo porque lleguemos a la conclusión de que son demasiado frágiles. Una parte importante del feedback es dar a los clientes información acerca de los efectos de su conducta en sus terapeutas; en el capítulo 12 del texto se habla de este tema en detalle.

El asesoramiento consiste en combinar el feedback con indicaciones concretas. Es decirle al cliente cómo y por qué su respuesta es ineficiente y de qué manera se puede mejorar. La práctica clínica sugiere que todo lo que se puede necesitar para producir cambios es el «permiso» para comportarse de cierta manera que lleva implícito el asesoramiento.

Generalización de habilidades

En ningún momento la TDC da por supuesto que el cliente aplique automáticamente las habilidades aprendidas en la terapia a las diferentes situaciones de la vida diaria. Por lo tanto, es muy importante que los formadores en habilidades animen a sus clientes a llevar a cabo esa transferencia de habilidades. Aunque la generalización de habilidades sea fundamentalmente responsabilidad del psicoterapeuta individual (debido a las limitaciones de tiempo), existe una serie de procedimientos específicos que también pueden usar los formadores en habilidades.

Consultas entre sesiones

Si los clientes no logran aplicar sus nuevas habilidades a su ambiente natural, deberíamos animarles a que consulten, entre sesiones, a su psicoterapeuta individual o que lo hagan entre sí mismos. Los formadores pueden, por su lado, enseñar tanto a psicoterapeutas como a clientes a proporcionar la instrucción necesaria. En las unidades de día u hospitalarias, se puede animar a los clientes a que pidan ayuda al personal. Otra técnica,

desarrollada por Charles Swenson en el hospital Cornell Medical Center/New York Hospital de White Plains (mencionada en el capítulo 2 de este manual), es proporcionar a los sujetos la asistencia de un consultor conductual durante ciertas horas del día. La tarea del consultor es ayudar a los clientes a aplicar sus nuevas habilidades en su vida diaria.

Revisión de las cintas de vídeo de las sesiones

Si es posible, se filmarán las sesiones de formación. Las grabaciones de vídeo nos sirven para que el cliente revise entre sesiones su actuación y la del grupo. Existen varias razones a favor de esta estrategia. En primer lugar, porque a veces los clientes son incapaces de atender a la mayor parte de lo que se dice durante la sesión de formación (debido a que han ingerido todo tipo de sustancias antes de la sesión, a que presentan niveles de activación demasiado altos o disociación u otras dificultades de concentración producidas por la ansiedad y la depresión). Por lo tanto, visionando la cinta el paciente mejora la retención del material que se le ofrece durante la sesión. Segundo, un cliente puede obtener una gran comprensión de sí mismo y de sus interacciones con los demás observándose desde fuera. Tales comprensiones suelen ayudarle a entender y mejorar sus habilidades interpersonales. Tercero, muchos clientes nos informan de que cuando se sienten abrumados, con pánico o incapaces de superar el tiempo entre sesiones, observarse en las cintas les alivia. Sencillamente, observarse en una cinta, especialmente en una en la que se enseña una habilidad que necesitan puede tener el mismo efecto que asistir a una sesión adicional. Es a su vez muy importante que los formadores no requieran o fuercen a los clientes a que vean esas cintas de vídeo. Debe tratarse de algo voluntario.

Asignación de ensayos conductuales en vivo

En la formación de habilidades estructurada, los deberes se corresponden con las habilidades conductuales específicas que se están enseñando en ese momento. También puede ser interesante que el psicoterapeuta individual use los contenidos de los deberes en su trabajo (sólo cuando lo necesite o de forma regular). Así lo hacemos siempre en la TDC estándar. Por ejemplo, una de las fichas de los deberes consiste en identificar y dar nombre a las emociones y enseña al cliente una serie de pasos para clarificar lo que está sintiendo. El

terapeuta individual puede sugerirle que use esta ficha cuando esté confuso o agobiado por las emociones. Al final de este manual hemos incluido una serie de fichas de deberes que cubren cada una de las habilidades conductuales de la TDC. Por supuesto, los formadores o terapeutas siempre pueden revisar las fichas para adaptarlas a sus preferencias o necesidades.

Crear un ambiente que refuerce la conducta adaptativa

Como se indica en el capítulo 3 del texto, los sujetos con trastorno de personalidad límite tienden a tener un estilo de regulación personal pasivo. En el continuo de la regulación, cuyos polos son autorregulación interna en un extremo y regulación ambiental externa en el otro, ellos se hallan muy próximos a este último. Muchos terapeutas parecen creer que el polo de la autorregulación es más maduro, inherentemente mejor, e invierten la mayor parte de la terapia intentando que los sujetos con trastorno de personalidad límite tengan más autorregulación. Aunque la TDC no sugiere lo contrario —que los estilos de regulación ambiental son preferibles a los demás— sí nos dice que, a la larga, es mejor conseguir que el ambiente del cliente se adapte a lo que le enseñamos. Por lo tanto, una vez presentadas las habilidades conductuales, tenemos que enseñarles a maximizar la capacidad de su medio para reforzar sus nuevas habilidades. Por ejemplo, que se comprometan pública y no privadamente, que encuentren comunidades y estilos de vida que apoyen sus nuevas conductas y que hagan que los demás apoyen y refuercen sus conductas adaptativas y no las otras. Eso no significa que no debamos enseñarles habilidades de autogestión, sino que los tipos de habilidades de autogestión que les enseñemos deberían ir por el camino de sus puntos fuertes. Llevar un diario estructurado para autoevaluarse es mejor, por ejemplo, que analizar su conducta y tomar nota mental de ella. No tener alcohol en casa es mejor que intentar decirse uno mismo que no beberá.

Y todavía hay que añadir algo. A veces las nuevas conductas del cliente no se generalizan porque en el mundo real ellos mismos se penalizan demasiado. Sus expectativas son tan altas que nunca llegan a alcanzar el nivel que se exigen. Si queremos tener éxito, esto es, que las habilidades se generalicen, hemos de cambiar esta pauta. En los capítulos 3, 8 y 10 del texto

se describen con detalle los problemas relacionados con el autorreforzamiento y el autocastigo; por otro lado, también deberíamos emplear las estrategias de validación conductual descritas en el capítulo 8. En los últimos capítulos de este manual se ofrece una extensa exposición de estos temas.

Sesiones de familia y de pareja. *Una manera de maximizar la generalización es conseguir que acudan a las sesiones individuos pertenecientes al entorno de los clientes. Normalmente se tratará de miembros de las familias de los clientes o sus esposas o compañeros. Perry Hoffman, del Comell Medical Center/New York Hospital en White Plains, ha desarrollado una forma de terapia familiar en la que los clientes con trastorno de personalidad límite y los miembros de sus familias son considerados como un grupo. Se trata de que los familiares y allegados asistan a la segunda ronda de enseñanza de habilidades. Por lo tanto, todos los miembros de la familia aprenden el mismo conjunto de habilidades. Debido a que los clientes con trastorno de personalidad límite están una o dos lecciones por delante de los familiares, pueden ayudarles. Hay que añadir que los miembros de las familias suelen estar muy receptivos ante este tipo de terapia.*

La emancipación progresiva. *Al inicio de la formación de habilidades, el terapeuta modela, enseña, refuerza y da feedback e instrucciones al cliente para que use sus habilidades tanto dentro de las sesiones terapéuticas como en su ambiente natural. Pero si se pretende que ponga en acción sus nuevas conductas en su medio habitual sin depender de que el terapeuta le refuerce o no, se deberán ir abandonando paulatinamente todos esos procedimientos, especialmente las instrucciones y el refuerzo. El objetivo es, por lo tanto, ir eliminando gradualmente los procedimientos, de manera que el terapeuta proporcione cada vez menos instrucciones (para que el cliente se dé las suyas propias) y menos modelado, feedback y refuerzo (para que el cliente lo tome de su medio natural).*